

吉 林 人 民 出 版 社
1970年6月第一版
1970年9月第二次印刷

毛主席语录

领导我们事业的核心力量是中国共产党。

指导我们思想的理论基础是马克思列宁主义。

备战、备荒、为人民。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

农民——这是现阶段中国文化运动的主要对象。所谓扫除文盲，所谓普及教育，所谓大众文艺，所谓国民卫生，离开了三亿六千万农民，岂非大半成了

空话？

这个贫农领导，是非常之需要的。没有贫农，便没有革命。若否认他们，便是否认革命。若打击他们，便是打击革命。

动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平，……。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

我们必须告诉群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争。

为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。……这个根本问题不解决，其他许多问题也就不易解决。

我们的共产党和共产党所领导的八路军、新四军，是革命的队伍。我们这个队伍完全是为着解放人民的，是彻底地为人民的利益工作的。

全心全意地为人民服务，一刻也不脱离群众；一切从人民的利益出发，而不是从个人或小集团的利益出发；向人民负责和向党的领导机关负责的一致性；这些就是我们的出发点。

世界观的转变是一个根本的转变，……

一定要把立足点移过来，一定要在深入工农兵群众、深入实际斗争的过程中，在学习马克思主义和学习社会的过程中，逐渐地移过来，移到工农兵这方面来，移到无产阶级这方面来。

马克思主义的哲学认为，对立统一规律是宇宙的根本规律。

在生产斗争和科学实验范围内，人类总是不断发展的，自然界也总是不断发展的，永远不会停止在一个水平上。

人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。

中国应当对于人类有较大的贡献。

打倒奴隶思想，埋葬教条主义。

世间一切事物中，人是第一个可宝贵的。在共产党领导下，只要有了人，什么人间奇迹也可以造出来。

自力更生，艰苦奋斗，破除迷信，解放思想。

我赞成这样的口号，叫做“一不怕苦，二不怕死”。

下定决心，不怕牺牲，排除万难，去争取胜利。

全世界人民团结起来，反对任何帝国主义，社会帝国主义发动的侵略战争，特别要反对以原子弹为武器的侵略战争！如果这种战争发生，全世界人民就应以革命战争消灭侵略战争，从现在起就要有所准备！

纪念白求恩

（一九三九年十二月二十一日）

白求恩同志是加拿大共产党员，五十多岁了，为了帮助中国的抗日战争，受加拿大共产党和美国共产党的派遣，不远万里，来到中国。去年春上到延安，后来到五台山工作，不幸以身殉职。一个外国人，毫无利己的动机，把中国人民的解放事业当作他自己的事业，这是什么精神？这是国际主义的精神，这是共产主义的精神，每一个中国共产党员都要学习这种精神。列宁主义认为：资本主义国家的无产阶级要拥护殖民地半殖民地人民的解放斗争，殖民地半殖

民地的无产阶级要拥护资本主义国家的无产阶级的解放斗争，世界革命才能胜利。白求恩同志是实践了这一条列宁主义路线的。我们中国共产党员也要实践这一条路线。我们要和一切资本主义国家的无产阶级联合起来，要和日本的、英国的、美国的、德国的、意大利的以及一切资本主义国家的无产阶级联合起来，才能打倒帝国主义，解放我们的民族和人民，解放世界的民族和人民。这就是我们的国际主义，这就是我们用以反对狭隘民族主义和狭隘爱国主义的国际主义。

白求恩同志毫不利己专门利人的精神，表现在他对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱。每个

共产党员都要学习他。不少的人对工作不负责任，拈轻怕重，把重担子推给人家，自己挑轻的。一事当前，先替自己打算，然后再替别人打算。出了一点力就觉得了不起，喜欢自吹，生怕人家不知道。对同志对人民不是满腔热忱，而是冷冷清清，漠不关心，麻木不仁。这种人其实不是共产党员，至少不能算一个纯粹的共产党员。从前线回来的人说到白求恩，没有一个不佩服，没有一个不为他的精神所感动。晋察冀边区的军民，凡亲身受过白求恩医生的治疗和亲眼看过白求恩医生的工作的，无不为之感动。每一个共产党员，一定要学习白求恩同志的这种真正共产主义者的精神。

白求恩同志是个医生，他以医疗为

职业，对技术精益求精；在整个八路军医务系统中，他的医术是很高明的。这对于一班见异思迁的人，对于一班鄙薄技术工作以为不足道、以为无出路的人，也是一个极好的教训。

我和白求恩同志只见过一面。后来他给我来过许多信。可是因为忙，仅回过他一封信，还不知他收到没有。对于他的死，我是很悲痛的。现在大家纪念他，可见他的精神感人之深。我们大家要学习他毫无自私自利之心的精神。从这点出发，就可以变为大有利于人民的人。一个人能力有大小，但只要有这点精神，就是一个高尚的人，一个纯粹的人，一个有道德的人，一个脱离了低级趣味的人，一个有益于人民的人。

赤脚医生手册

吉林省《赤脚医生手册》编写组

吉林人民出版社

做无限忠于毛主席的赤脚医生

无产阶級文化大革命的万里东风，带来了卫生战綫的嶄新面容，我們“赤脚医生”，在毛主席的亲切关怀下，象飽受阳光雨露的新苗，茁壮成长。

在毛主席的“**应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业**”的光輝思想指导下，解放以后，广大劳动人民的医疗卫生条件有了巨大的改善。“**千村薜荔人遗矢，万户萧疏鬼唱歌**”的悲惨景象，已一去不复返了。但是，叛徒、内奸、工賊刘少奇及其在卫生部門的代理人，却一貫封鎖、抵制毛主席对卫生工作的重要指示，頑固地推行反革命修正主义卫生路綫，大搞

"城市老爷卫生部"，把医疗卫生工作的重点放在城市中的少数人身上，反对为广大的貧下中农服务，极力复辟資本主义，妄想讓我們再受二遍苦，遭二茬罪。"千鈞霹靂开新宇"。无产阶級文化大革命的滚滚洪流，将刘少奇及其同伙送进了历史的坟墓。毛主席的无产阶級革命路綫更加大放光彩。

金水桥畔春輝暖，"赤脚医生"心更紅。我們永远不会忘記，在伟大祖国二十年大庆的光輝日子里，毛主席屹立在天安門城楼上微笑着检閱了我們的队伍，他老人家揮动巨手，指引我們"赤脚医生"，头頂草帽，肩背葯包，打着赤腿，闊步前进！这是对我們最大的支持！最大的鼓舞！我們禁不住热泪沾襟，心潮澎湃，貼心的話儿从沸騰的心房迸发：毛主席啊，毛主席，您最关心我們貧下中农，您和我們心連心。您英明指出："**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"，这亲切的声音，似春天的雨露把貧下中农的心田滋潤；这有力的声音，粉碎了反革命修正主义医疗卫生路綫；这伟大的声音，象灿烂的阳光，哺育着无数的新生事物結出了丰碩的成果：聋哑人喊出了时代的最强音，麻痹患儿健步踏上革命的路程，克山病不再是"不治之症"，患脑膜膨出症的高頌卫（高春梅）获得了新生，今日的农村，貧下中农掌医权，合作医疗大发展。毛主席啊，毛主席，沒有太阳的光輝，万物不能生长，沒有您給我們撑腰，就沒有我們"赤脚医生"。我們一定为您爭光，生为捍卫您的革命路綫而战斗，死为捍卫您的革命路綫而献身，誓叫农村卫生工作永远沿着您指引的光輝航道前进！

毛主席教导說："**提高警惕，保卫祖国**"，"**备战、备荒、为人民。**"我們要坚决执行毛主席这一伟大战略方針。七十年代将是全世界革命势力同垂死挣扎的反革命势力进行剧烈搏斗的重要年代。苏修、美帝正在加紧勾結，疯狂扩軍备战。苏修在屡次侵犯我国边境，遭到慘敗之后，仍不死心，准

备发动更大规模的侵略战爭。我們要彻底肃清刘少奇的"三降一灭"論。时刻做好准备：平时为貧下中农服务，战时为战爭服务。在各級党組織和革委会的正确领导下，巩固和发展合作医疗制度，努力实現紅色医疗网；做到村村有医院，队队有医生，家家有草葯，"储医于民"，"藏葯于民"。把农村建成巩固的紅色根据地，苏修、美帝胆敢来犯，誓把它埋葬在人民战爭的汪洋大海之中。

"赤脚医生"是在激烈的两条路綫斗爭中成长壮大的。我們"**千万不要忘记阶级斗争**"，彻底批判刘少奇的"阶級斗爭熄灭論"。时刻想到，在今后的征途中阶級敌人还会从右的或极"左"的方面向我們进攻。他們至今不是还在阴沟里說什么"庄稼佬还能当医生"嗎？我們的回答是："对，农村医疗卫生大权我們貧下中农掌定了。"我們就是要站在阶級斗爭的风口浪头，当阶級斗爭的闖将，做防病治病的模范。

我們"赤脚医生"是执行、捍卫毛主席

革命路綫的坚强战士。一定要貫彻毛主席"**预防为主**"的伟大方針，坚决反对重治輕防的反革命修正主义卫生路綫。"**我们必须告诉群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争。**"在除害灭病中，用毛泽东思想統帅，打人民战爭，眞正做到："**动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平，……。**"

中国医葯学是个伟大的宝庫。我們"赤脚医生"是农村医疗卫生战綫上的生力軍，一定要彻底批判刘少奇的"洋奴哲学""爬行主义"，清算刘少奇扼杀祖国医学的滔天罪行。"**团结新老中西各部分医药卫生工作人员**"，积极推广、挖掘中、草葯，更有效地为貧下中农服务。遵照伟大領袖毛主席"**青年人要敢想、敢说、敢干，振奋大无畏的创造精神，不要被名人、权威吓倒**"的教导，敢走前人沒走过的道路，敢攀前人沒攀登过的高峰，創造出更多的新医疗法，为創造一个中西結合的新医学、新葯学而努力奋斗。

我們"赤脚医生"是毛泽东思想哺育起来的革命化医生。忆往昔，为了貧下中农，我們宁在自己身上試扎千針，不在阶級兄弟身上錯扎一針，学会了为人民服务的本領；为了及时解决貧下中农疾苦，不論严寒酷暑，风雪之夜，我們怀揣紅宝书，肩背小葯包，奔走在农村的广闊天地，把毛泽东思想送到貧下中农心坎里；为了在无产阶級专政条件下，繼續革命，永远革命，我們亦农亦医，旣背葯包，又拿鋤鎬。今后，我們更要牢記毛主席的諄諄教导：**"一个人做点好事并不难，难的是一辈子做好事，不做坏事，……一贯的有益于革命，艰苦奋斗几十年如一日，这才是最难最难的呵！"**我們一定要永远以"老三篇"为座右銘，以白求恩为光輝榜样，努力学习毛泽东思想，不断"**斗私，批修**"，改造世界观。发揚"**一不怕苦，二不怕死**"的彻底革命精神，发揚"一根針、一把草"的自力更生、艰苦奋斗的革命精神，全心全意地为人民服务。在阶級斗爭、生产斗

爭和科学实驗三大革命运动中，百炼成鋼。

"春风杨柳万千条，六亿神州尽舜尧。"在这翻天复地的七十年代第一春，伟大的社会主义祖国，經过无产阶級文化大革命的战斗洗礼，东风浩蕩，战旗更紅，象巨人一样，傲然屹立在世界的东方。我們"赤脚医生"和全国人民一道，意气风发，斗志昂揚，胸怀彻底埋葬帝、修、反，实現世界一片紅的鋼鉄决心，立下"**中国应当对于人类有较大的贡献**"的雄心大志，永远紧跟毛主席，奋勇前进！

目　录

一、卫生防疫

除四害 …………………… 3
灭蝇……………………… 3
灭蚊……………………… 4
灭鼠……………………… 5
灭臭虫…………………… 5
〔附1〕灭虱………… 6
〔附2〕灭跳蚤……… 7
讲卫生 …………………… 8
粪便的卫生管理……… 8
饮水的改善……………14
农业劳动卫生…………19
消灭疾病 ………………23
传染病的传播和流行条件…………23
控制和消灭传染病的措施……………24
〔附表〕常用疫苗的接种方法…………31

二、战伤救护及“三防”

战伤救护 ………………36
战地伤员的寻找、接近、隐蔽…………36
战地伤员死亡的判定……………39
包扎……………………40
止血……………………59
骨折固定………………66
搬运……………………69
“三防” ………………… 75
原子武器防护知识……76
化学武器防护知识……85
细菌武器的防护知识……………………92
〔附1〕鼠疫的防治……95
〔附2〕冻伤的防治……97
〔附3〕汗脚的防治… 101
〔附4〕雪盲的防治… 102

三、新医疗法

新针疗法……………104
新针疗法的特点……106
气胸、晕针、折针
的发生及处理……107
取穴法及针法………108
常用穴位介绍………110
新穴位介绍…………133
新针治疗聋哑………135
常见疾病治疗………138
耳针疗法……………159
水针疗法……………171
手针疗法……………174
埋线疗法……………177
穴位刺激
结扎疗法……………178
经穴疗法……………182
胎盘组织液穴
位注射疗法………199
卤碱疗法……………200
穴位钢圈埋藏
疗法………………207
〔附〕几种简易
疗法………………208
艾灸疗法…………208
火罐疗法…………209
梅花针疗法………212
截根疗法…………213
割治疗法…………214
挑治疗法…………216
放血疗法…………218
捏脊疗法…………220
点穴按摩疗法……221
面针疗法…………229
鼻针疗法…………232

四、草药

草药的采集…………236
草药的炮制…………237
用法，用量…………238
常用草药简介………239

五、计划生育

提倡晚婚……………434
避孕…………………435
人工流产……………443
绝育…………………448

六、诊疗基础

正确认识疾病和
治疗疾病…………450
中医诊治基本
知识………………460
四诊………………461
望诊……………461
闻诊……………463
问诊……………463
切诊……………465
辨证施治…………467
八纲辨证………467
病因辨证………475
基本治法………477
方药知识…………480
中药的一般知识…480
方药的一般知识…481
症状诊断及
急症处理…………484
症状诊断…………484
头痛……………484
咳嗽……………487
呕吐……………490
腹泻……………492
黄疸……………494
肝脾肿大………497
水肿……………500
急症处理…………503
发热……………503
小儿惊厥………510
腹痛……………515
昏迷……………521
呼吸困难………524
咯血……………527
上消化道出血……531

七、地方病

克山病………………536
大骨节病……………543
地方性甲状腺肿……545
波状热………………547
慢性地方性
氟中毒……………551

八、传染病

由呼吸道途径
传播的传染病……555
流行性感冒………555
麻疹………………557

猩红热………………… 561
百日咳………………… 563
白喉…………………… 565
流行性脑脊髓膜炎… 568
流行性腮腺炎……… 576
结核病……………… 578
肺结核…………… 578
结核性胸膜炎…… 583
结核性腹膜炎…… 584
由消化道途径传播的传染病…… 586
伤寒……………… 586
细菌性痢疾……… 589
〔附〕小儿中毒型细菌性痢疾……… 593
传染性肝炎………… 595
脊髓灰质炎………… 600
由其他途径传播的传染病………… 603
斑疹伤寒…………… 603
疟疾………………… 605
流行性出血热……… 608
流行性乙型脑炎…… 611
森林脑炎（蜱虱性脑炎）…… 614
钩端螺旋体病……… 615

九、内科疾病

呼吸系统疾病……… 619
解剖生理概要……… 619
体格检查方法……… 622
上呼吸道感染……… 625
感染性咳喘病……… 627
支气管哮喘………… 635
细菌性肺炎………… 638
肺脓肿（肺化脓症）…… 642
循环系统疾病……… 644
解剖生理概要……… 644
体格检查方法……… 649
风湿病……………… 654
高血压病…………… 659
心力衰竭…………… 663
心律失常…………… 668
消化系统疾病……… 671
解剖生理概要……… 671
体格检查方法……… 674
急性胃肠炎………… 678
慢性胃炎…………… 680
溃疡病……………… 684
慢性肝病…………… 689
泌尿系统疾病……… 697
解剖生理概要……… 697
体格检查方法……… 700
肾小球肾炎………… 701
泌尿路感染………… 707
血液系统疾病……… 711
血液系统生理概要… 711
贫血………………… 712
紫癜………………… 716
血小板减少性紫癜…………… 716
过敏性紫癜……… 717
神经系统疾病……… 719
解剖生理概要……… 719
体格检查方法……… 722
三叉神经痛………… 724
面神经麻痹………… 725
癫痫………………… 726
脑出血……………… 729
神经官能症………… 733
神经衰弱………… 733
癔病……………… 735
中毒性疾病………… 738
有机磷农药中毒…… 738
细菌性食物中毒…… 740
一氧化碳中毒……… 742
肠道寄生虫病……… 743
肠蛔虫病………… 743
绦虫病…………… 747
钩虫病…………… 750
蛲虫病…………… 753

十、儿科疾病

小儿机体的特点…… 756
小儿诊断的特点…… 760
小儿治疗的特点…… 762
新生儿疾病………… 764
新生儿处理……… 764
常见症状的处理…… 764
新生儿硬皮症……… 766
新生儿颅内出血…… 767
新生儿败血症……… 768
新生儿破伤风……… 770
新生儿脐炎………… 771
小儿系统疾病……… 773
婴儿口腔炎……… 773
佝偻病（软骨病）… 774
婴儿手足搐搦症…… 776
婴幼儿肺炎……… 777
婴幼儿消化不良（婴儿腹泻）…… 781

十一、皮 肤 病

皮疹…………………… 789
局部治疗原则……… 791
浅表真菌性
皮肤病…………… 793
头癣和黄癣………… 793
体癣、股癣和
花斑癣………… 795
手、足癣和甲癣…… 797
脓疱病……………… 799
带状疱疹…………… 800
湿疹………………… 801
荨麻疹……………… 805
药疹
（药物性皮炎）…… 807
接触性皮炎………… 808
植物日光性皮炎…… 809
牛皮癣
（银屑病）………… 810
神经性皮炎………… 812
皮肤瘙痒症………… 814
鸡眼和掌跖疣……… 815

十二、外 科 疾 病

颅脑外伤…………… 817
胸部外伤…………… 822
腹部外伤…………… 826
骨及关节损伤……… 828
烧伤………………… 838
休克………………… 844
电击伤……………… 848
溺水………………… 849
蛇咬伤……………… 851
疯狗咬伤（狂犬
病）………………… 853
一般外科感染……… 855
破伤风……………… 872
气性坏疽…………… 875
急性腹膜炎………… 876
急性阑尾炎………… 879
肠梗阻……………… 882
急性胆囊炎、
胆石症…………… 892
胆道蛔虫症………… 895
胃、十二指肠
溃疡穿孔………… 897
急性胰腺炎………… 899
腹外疝……………… 900
睾丸鞘膜积液……… 903
痔…………………… 904
肛瘘………………… 908
肛裂………………… 910
脱肛………………… 912
直肠息肉…………… 914
尿潴留……………… 914
慢性前列腺炎……… 915
腰腿痛……………… 917
下肢静脉曲张……… 925
血栓闭塞性
脉管炎…………… 926
化脓性骨髓炎……… 928
急性化脓性
关节炎…………… 929
肿瘤………………… 930
结核疾病…………… 935
外科小手术………… 940
消毒与灭菌……… 940
局部麻醉………… 942
外科小手术
基本操作……… 944
伤口换药………… 952
脓肿切开术……… 954
清创术…………… 955
静脉切开术……… 958
小肿瘤切除术…… 960
膀胱穿刺术……… 961
耻骨上膀胱造
瘘术…………… 962

十三、产科和妇科疾病

女性生殖器解剖及
生理……………… 965
妊娠生理及
诊断……………… 968
正常分娩的
过程及处理……… 975
临产现象………… 975
产程分期及经过… 975
分娩处理………… 976
新生儿窒息……… 979
产褥期卫生………… 980
妇产科常见
症状的分析……… 981
妊娠中毒症………… 986
孕产期出血………… 990
流产（小产）…… 990
子宫外孕………… 993
葡萄胎（水泡状胎
块）…………… 995
前置胎盘………… 997

胎盘早期剥离………999
产后出血……………1000
子宫破裂……………1002
难产……………1003
子宫收缩乏力………1003
骨盆狭窄……………1005
臀位……………1006
横位……………1010
双胎……………1011
产褥期感染………1012
女性生殖器炎症……………1014
前庭大腺炎…………1014
阴道炎……………1014
宫颈糜烂……………1017
盆腔炎……………1018
月经失调……………1020
闭经……………1020
功能性子宫出血……1022
痛经……………1023
子宫脱垂……………1025
生殖器肿瘤………1028
卵巢瘤……………1028
子宫肌瘤……………1029
子宫颈癌……………1030

十四、五官疾病

眼病……………1032
眼的解剖生理………1032
睑缘炎……………1035
麦粒肿……………1036
霰粒肿……………1037
眼内翻和倒睫………1038
慢性和急性泪囊炎……………1042
沙眼……………1043
急性结膜炎…………1046
翼状胬肉……………1047
角膜溃疡……………1048
急性虹膜睫状体炎……………1051
青光眼……………1052
白内障……………1054
眼外伤……………1055
结膜和角膜异物…1055
眼球穿孔伤………1056
眼化学烧伤………1057
原子能损伤………1058
耳鼻咽喉病………1058
耳鼻咽喉简要生理…1058
耵聍栓塞……………1062
外耳道疖……………1062
卡他性中耳炎………1064
化脓性中耳炎………1065
聋哑症……………1069
鼻出血……………1070
鼻外伤及鼻骨骨折…………1074
鼻息肉……………1074
副鼻窦炎……………1076
急性扁桃体炎………1078
扁桃体周围脓肿……1080
慢性扁桃体炎………1082
急性喉炎……………1083
气管切开术…………1084
耳、鼻、咽、喉、气管、食道异物……………1087
口腔病……………1090
牙齿的生长、数目和名称……………1090
龋齿……………1091
急性牙髓炎…………1093
智齿冠周炎…………1094
拔牙术……………1095
颌面创伤……………1099
颌骨骨折……………1099

十五、药物

第一部分……………1101
解表药……………1101
止吐药……………1102
泻下药……………1103
利尿药……………1105
祛风湿药……………1106
治寒药……………1107
清热药……………1107
止咳平喘化痰药……1110
通气药……………1111
活血药……………1113
止血药……………1114
补益药……………1116
清暑药……………1118
安神药……………1119
消食药……………1120
软坚药……………1121
固涩收敛药…………1122
杀虫药……………1123
外用药……………1123
附：常用中成药……1124
第二部分……………1133
作用于中枢神经系统的药物………1133
中枢兴奋药………1133
镇静、催眠、安定

及抗癫痫药……1135
镇痛药…………………1140
解热镇痛药………1142
作用于呼吸
系统的药物………1146
镇咳祛痰药………1146
止喘药………………1148
作用于消化
系统的药物………1150
制酸药………………1150
解痉药………………1152
健胃消化药………1155
泻药及止泻药……1157
作用于心血管
系统的药物………1160
强心及纠正
心律紊乱药……1160
抗高血压及
扩张血管药……1163
作用于血液及造
血系统的药物……1165
抗凝血及凝血药…1165
治贫血药…………1167
作用于内分泌系统
的药物………………1168
皮质激素及性激
素……………………1168
甲状腺及抗甲
状腺药物………1172
利尿药与脱水剂……1174
抗菌素、磺胺
及呋喃类药物……1176
抗菌素………………1176
磺胺及呋喃类药
物……………………1182
维生素…………………1185
抗寄生虫病药………1188
驱肠虫药…………1188
抗疟药……………1190
抗结核药……………1192
解毒药…………………1193
升血压药……………1194
抗过敏药……………1196
纠正水、电解质和酸、
碱平衡失调药物…1198
子宫收缩药…………1200
其他药物……………1202
眼科用药……………1204
耳鼻喉科用药………1206
外科用药……………1208
皮肤病外用药………1210
附录…………………1212
常用有关衡量剂…1212
正常小儿体重计
算法…………………1212
常用静脉滴注药物
配伍禁忌表………1213
1.廿四种常用
静脉滴注药物
配伍禁忌表………1213
2.十八种静脉
滴注药物的配
伍实验结果………1214
流行性脑脊髓膜
炎病人密切接触
者投服磺胺药剂
量……………………1215
简易制剂 ………… 1216

十六、常用诊疗技术操作

人工呼吸 ………… 1232
心脏按摩 ………… 1235
血压测量法 ……… 1236
注射技术 ………… 1237
注射的一般知识……1237
皮内注射……………1239
皮下注射……………1240
肌肉注射……………1240
静脉注射……………1241
静脉输液……………1241
鼻饲法 …………… 1243
洗胃法 …………… 1245
灌肠法 …………… 1248
导尿术 …………… 1250
氧气吸入法 ……… 1251
胸膜腔穿刺术 …… 1252
腹膜腔穿刺术 …… 1255
青霉素过敏试验
及过敏性休克
的处理 ………… 1259
毛细血管脆性
试验 …………… 1261
〔附表〕
常用检验正常值 … 1263
血液…………………1263
尿液…………………1264
肝脏功能试验………1264
脑脊液………………1264

一、卫生防疫

高举毛泽东思想伟大红旗，突出无产阶级政治，大搞群众运动，贯彻**“预防为主”**的方针，是做好卫生防疫工作的根本。

“预防为主”是毛主席的无产阶级卫生路线的重要内容，是巩固和发展合作医疗制度的有力措施。坚持**“预防为主”**的方针，积极开展群众性的爱国卫生运动，是关系到**“抓革命，促生产，促工作，促战备”**的大事，是一场移风易俗，改造世界，树立社会主义新风尚的伟大政治斗争。在毛主席的无产阶级卫生路线的光辉指引下，全国亿万军民，热烈响应毛主席发出的**“动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平”**的伟大号召，精神振奋，斗志昂扬，**“天连五岭银锄落，地动三河铁臂摇”**，轰轰烈烈的以除四害、讲卫生、消灭疾病为中心的群众性爱国卫生运动，发挥了巨大威力，迅速地控制和消灭了严重危害人民健康的流行病和传染病，保障了广大劳动人民的身体健康，使全国广大城乡的卫生面

貌，发生了翻天覆地的变化，大大地促进了我国社会主义革命和社会主义建设事业的发展。

卫生战线和其他战线一样，两个阶级、两条道路、两条路线的斗争历来是十分激烈、十分尖锐的。叛徒、内奸、工贼刘少奇及其在卫生部门的代理人，极力贩卖“形式主义”、“锦标主义”、“物质刺激”等黑货，散布“重治轻防”的毒素，推行“专家路线”，扼杀群众运动，千方百计地抵制“**预防为主**”的伟大方针，阴谋破坏群众性的爱国卫生运动，妄图把卫生防疫工作引向邪路。这场伟大的无产阶级文化大革命，彻底摧毁了刘少奇的资产阶级司令部，砸烂了反革命修正主义卫生路线。毛主席的无产阶级卫生路线的光辉，更加光耀夺目，深入人心，指引着防病灭病的群众运动，在全国广大城乡更加迅猛地深入开展，不断地取得新的成就。

我们“赤脚医生”是在两个阶级、两条道路、两条路线激烈斗争中成长壮大的。我们一定要更高地举起毛泽东思想伟大红旗，深入开展革命大批判，彻底肃清刘少奇反革命修正主义卫生路线的流毒，认真贯彻“**预防为主**”的方针，遵照伟大领袖毛主席“**什么工作都要搞群众运动**”的教导，在开展卫生防疫工作中，坚持群众路线，用毛泽东思想宣传群众，组织群众，把卫生工作和群众运动结合起来，和中心工作结合起来，和生产结合起来，不断地总结和

推广先进经验，在农村的广阔天地里，大打除害灭病的人民战争。为落实“**备战、备荒、为人民**”的伟大战略方针，为建设巩固的红色农村根据地，把中国革命和世界革命进行到底做出新贡献。

除四害

除四害，是我们伟大领袖毛主席多年提倡的除害灭病爱国卫生运动的中心内容，是关系到保护广大人民群众健康的大事。消灭四害，要做好调查研究，掌握四害的繁殖规律，因地制宜，就地取材，积极采用野生植物和土方土法，采取突击和经常相结合的办法，既轰轰烈烈、又扎扎实实地把除四害的群众运动开展起来，坚持下去。

灭蝇

苍蝇是很多种传染病的传播媒介。灭蝇的根本措施是做好粪便、垃圾的处理，消灭苍蝇的孳生条件。对于已经孳生繁殖的蝇蛆，可采取下列方法杀灭：

1．灭蛆：按每平方米面积用6％可湿性六六六粉半两加水1斤或敌百虫1克加水1斤，喷洒在粪便、垃圾表面，可在一天内杀死蛆虫，并能杀灭飞来的成蝇。天热时，每四、五天就须喷洒一次。

2．灭成蝇：提倡用工具捕杀，人手一拍，见蝇就打，特别是要大力捕杀越冬蝇和春季第一代幼蝇，做到“打早、打小、打了”。药物灭蝇，可用浸过敌敌畏原液（每间房用5毫升左右）的棉花球、细绳或旧布条，挂在室内，使敌敌畏自然挥发，能保持灭蝇效果一周左右；也可将敌百虫1份加水500份稀释后倒在碟子里，再放些粥饭作成诱饵，拌匀后放在蝇多处毒杀苍蝇，诱饵变干时，可补加药液；还可按每间房用敌敌畏原液2毫升加水2斤或敌百虫10克加水5斤，喷洒灭蝇。喷药后要关闭门窗一小时，而后开窗通风半小时，方准许人进入屋内。

灭　蚊

蚊子是传播疟疾、流行性乙型脑炎的媒介。灭蚊的重点是消灭它的孳生场所。填平院内积水坑洼，住房附近要清除杂草，堵塞树洞，疏通沟渠，改造池塘，变死水为活水。在不能采用以上办法的地方，可用敌百虫2份加水500份的稀释液，按每平方米200毫升的用量，喷洒水面灭孑孓。每周喷一次；也可使用稀释40倍的可湿性六六六液，用量为每平方米40毫升，但在有鱼的水塘不得使用。

消灭成蚊，一般用艾蒿、青蒿等熏杀。药物灭蚊的方法，可参考药物灭成蝇部分。

灭　鼠

鼠类能传播鼠疫、地方性斑疹伤寒、钩端螺旋体病，又能毁坏庄稼和衣物，甚至破坏堤坝，造成灾害，对于生产和生活危害很大。灭家鼠要在春秋两季进行突击，灭鼠前要先了解鼠情，如种类、习性、鼠洞等，充分发动群众清除垃圾，断绝鼠粮，垫起家具，离开墙壁，创造便于捕杀的条件。灭鼠方法有：

1．工具捕鼠：用鼠夹、鼠笼、压拍、地箭、钢闸等捕鼠工具捕鼠时，要选用适当的诱饵，捕鼠器要放在鼠洞口附近或鼠道上。

2．药物灭鼠：常用磷化锌1份、食饵30份，制成1～2克重的毒饵，放在鼠洞内或鼠洞附近。下药后要注意管理，防止人、畜中毒。

消灭野鼠，要结合春耕和秋收进行，发挥群众智慧，调动群众的积极性，采取工具捕打、挖洞灌水、药物毒杀等办法，大量杀灭野鼠。

灭臭虫

臭虫多在夜间活动，吸食人血，妨碍睡眠，影响健康，降低人的劳动生产能力。臭虫具有繁殖快、耐饥寒、多藏在缝隙里、怕热烫等特性。灭臭虫应在臭虫大量繁殖之前的初夏进行，并且要采取

综合措施，才能收效。

1．开水烫：要反复浇烫藏有臭虫的缝隙。水温达80℃即可烫死臭虫，用开水效果更好。

2．堵缝隙：将可湿性六六六粉合水调成糊状，用以堵塞缝隙，可以杀灭臭虫。

3．药物杀：用敌敌畏原液加水稀释50～100倍，喷洒在藏有臭虫的缝隙等处，密闭门窗2～3小时后，开窗通风半小时，才可进入室内。由于药物不能杀灭臭虫卵，所以用药后须每隔10天喷药一次，共喷三、四次，才能彻底消灭。

〔附1〕灭虱

虱子有体虱、头虱和阴虱三种。能传播斑疹伤寒和回归热。不常洗换衣服，个人卫生不好是虱子繁殖的条件。灭虱要强调同一时间全家或集体进行，以防止互相传播，达不到灭虱的目的。

1．灭体虱：用开水烫洗带有虱子的衣被；或用1％敌百虫液加等量的3～4％面碱水配成的溶液（混合后即放出敌敌畏而很快失效，须立即使用）喷洒衣被；也可用1％六六六粉98份加敌敌畏原液2份，混合成均匀粉末，夜间撒在脱下的衣服里，白天撒在迭起的被褥里，一个人的用药量50克左右，现配现用，灭完虱的衣服，要扫掉药粉后再穿。单纯用六六六粉喷在衣被上，也可以收到灭虱

的效果。

2．灭头虱和阴虱：用棉花蘸稀释1000倍的敌敌畏液，擦头发或阴毛，而后用毛巾包扎一小时，再用清水洗净，但在皮肤有损伤时禁用此法。此外，可用中药百部草1两加水1斤，煎半小时，再加5倍水即成百部煎剂，用以擦洗头发或阴毛，经一天后洗去。

药物灭虱不能完全杀灭虱卵，间隔10天后还须再进行一次。

〔附2〕灭跳蚤

跳蚤是鼠疫、地方性斑疹伤寒的传播媒介。保持室内通风干燥和消灭室内的鼠洞，就可以减少跳蚤的繁殖。在炎热潮湿的夏季，用热的炉灰或柴草灰铺撒地面，冷却后扫掉，也可达到灭跳蚤的目的。如果有条件进行药物灭蚤，就要事先做好室内家具器物的“垫”、“离”，抹光墙缝和炕缝，扫净地面的浮土，然后方可喷药。常用的灭蚤药是0.1％敌敌畏液或0.5％敌百虫液以及1％六六六粉，重点喷洒靠墙半米以内的地面，喷药后密闭门窗二小时，由于药效残留时间较短，所以每隔半月左右就应喷洒一次。

讲卫生

讲卫生是农村文化革命的重要内容，也是同农业生产和社员健康有着密切关系的一件大事，而在农村讲卫生的主要问题就是粪便的卫生管理和饮水的改善。我们"赤脚医生"一定要和广大社员一起，切实搞好"五有"（人有厕、猪有圈、牛马有棚、鸡鸭有架、灰有仓）建设，积极抓好粪管、水改，同时要注意饮食卫生和劳动卫生，彻底改善农村的卫生条件，进一步搞好农村文化革命，保证社员健康，促进农业生产大跃进。

粪便的卫生管理

人、畜粪尿是肥效很高的有机肥料，其中含有丰富的氮、磷、钾等肥料成分。仅以所含氮素为例：平均一个成年人每年排泄的粪尿约含氮8.8斤，相当于44斤硫酸铵的含氮量。但是，这些肥料成分必须经过堆肥发酵处理后，才能被庄稼利用。使用未经发酵处理的生粪施肥，不仅不能被庄稼直接利用，反而对庄稼有害。同时，由于生粪中含有许多病原菌和寄生虫卵，如伤寒杆菌、痢疾杆菌、蛔虫卵等，都可以在粪便中生存很长时间，能够污染水源和蔬菜，或者通过苍蝇传播，造成肠道传染病和

寄生虫病的流行。因此，我们必须结合农业生产，结合防病治病，因地制宜，因时制宜，做好粪便的卫生管理。其主要措施有：

（一）健全积肥组织：实行由生产队统一管理粪肥的制度。在实现统一管理的基础上，健全积肥专业组织，担负起常年积肥任务。同时，要使专业队伍与群众运动结合起来，在一定时期，发动广大社员进行季节性突击积肥。

（二）修好积肥设施：是防止粪肥流失，改变农村环境卫生条件的主要措施。在积肥设施中最主要的是厕所。因为人粪尿既是优质粪肥，又是传播肠道传染病和寄生虫病的根源，管理好人粪尿，就可以基本上控制这些疾病的发生。

厕所的位置要方便使用，远离水源。要有围墙（墙上设通风口，冬季可以堵死），有门，有棚。便坑的底和帮要打实，用砖、石块、硷土坯或木板砌好，或者把缸、锅埋在坑底，以达到防渗漏、保肥效的目的。夏季蝇蛆繁殖很快，经四、五天就能成蛹，因而每三天就要清掏一次厕所，防止孳生苍蝇，若不能按时清掏，则应在蹲位上加盖防蝇。便坑后部不必设掏粪口，可由蹲位直接起粪，以便于保持厕所的严密和简化厕所的结构。归纳起来，对厕所的卫生要求是：粪坑不渗漏，阴暗不生蝇，畜禽进不去，便于勤清掏。

猪圈要有棚、有猪炕、有活动场所、有粪坑。改变养猪散放的习惯，实行圈养，就可以杜绝猪囊虫病（即"米身子猪"、"豆猪"）。

禽舍要修成两层，上层是鸡架，下层用以储粪。

柴草灰要修建灰仓单独贮存，单独收集，以免将灰倒在粪便一起，分解粪肥有效成分而降低肥效。

（三）改进积肥方法：首先要管好人粪尿，争取当日清、当日封，最迟也要3～5天收集处理一次。其次是畜粪的收集，主要是改进垫圈方法，勤起勤垫，及时处理。群众习惯用土垫圈，尤其是粘土的保肥效果更好，但往往用土量过多。据实验证明：加土3倍就可以保持大部肥分，另外再加入一定数量（按每头牲畜加8斤）的褥草，如稻草、麦秆、切碎的秸秆等，既可作为牲畜的褥垫，又可更多地吸收粪尿保存肥分，并且为堆肥处理创造方便条件。我们还要依靠群众，发动群众，经常清扫室内外环境，把搞好环境卫生和增积粪肥结合起来，做到环境清洁，百肥归田。

（四）做好粪肥处理：

高温泥封堆肥法，是提高肥效和杀灭粪便中的病原菌、寄生虫卵和蝇蛹以及预防庄稼病虫害的有效方法。实验证明：堆肥温度高于40℃时，可杀灭蝇卵和蝇蛹，堆肥温度达50～55℃，并保持10天左

右，就可杀灭粪便中的病菌、虫卵和农作物病虫害以及草籽。这种堆肥法又能充分利用农村中大量的杂草、树叶、秸秆、垃圾，使这些有机物在微生物作用下发酵腐熟，将其中的氮转化为庄稼可以直接利用的速效氮。据实验证明：经过混合堆肥发酵处理后，速效氮的含量平均增加64%，不仅可以肥田，还能改良土壤，增加地温，提高地力。因此，结合农业生产需要和卫生要求，应尽可能采用高温泥封堆肥法。具体做法如下：

1．准备堆肥场：要选择村旁地势较高、附近可以取水、便于运输的地方。堆肥场又分：(1)坑式堆肥场（图1—1）：坑的大小和深度要根据堆肥量

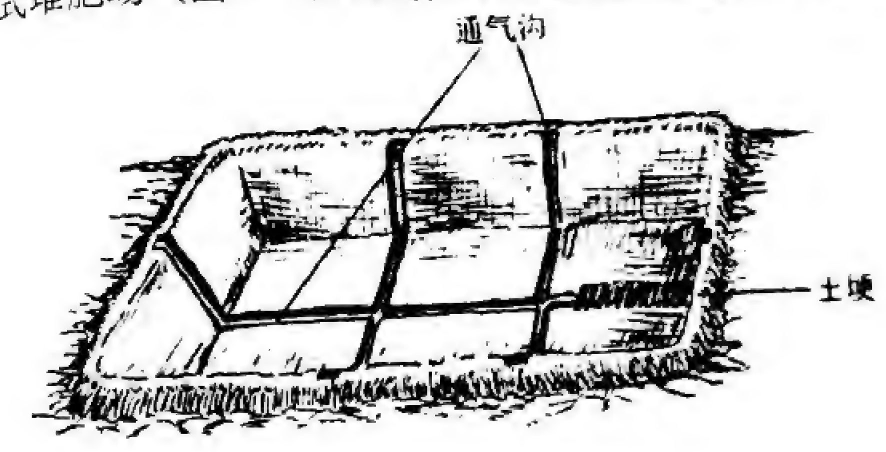


图1—1 坑式堆肥场

来决定，一般深度为1.5～2.5尺，形状多为长方形，也有圆形的。在坑底和坑壁挖通气沟，沟宽

3～4寸，深4～5寸，两沟间隔3尺左右。堆肥前要用6～7寸长的秸秆把各条通气沟搪上，以免堆肥时堵塞。(2) 平地堆肥场：在平地上挖通气沟，方法与坑式堆肥法相同，也可以利用秫秸把，按通气沟要求的规格与距离摆在地面上，代替通气沟。

2．备料：堆肥原料的混合比例，可根据各地条件和季节不同，灵活掌握。一般以马粪、人粪尿、垃圾（杂草、脏土、树叶、秸秆等）四种原料按重量各占一份的比例备料。为了加快发酵和提高堆温，必要时可多加些马粪。人粪尿要倒入粪池，加入适量的水，搅碎粪块，拌成糊状粪稀。马粪和垃圾也要仔细捣碎。

3．拌料：要在堆旁操作。先将马粪、垃圾、秸秆和干土混匀，然后浇上拌好的粪稀，充分拌匀。如果料干时，可加水。湿度以用锹一拍即成团、一铲即散开为合适。

4．装料：将拌好的肥料装入堆肥场内时，要装得疏松，不能压实。在通气沟交叉处竖起秫秸把，形成肥堆顶部通气口。肥堆高度以3～4尺、宽6尺左右为宜，长度不限。

5．泥封（图1—2）：肥堆表面抹上2～3寸厚的泥，将肥堆密封起来，可以保水分、保堆温、保肥效，也能防止孳生蝇蛆。泥封后，要在堆上标明堆肥日期。

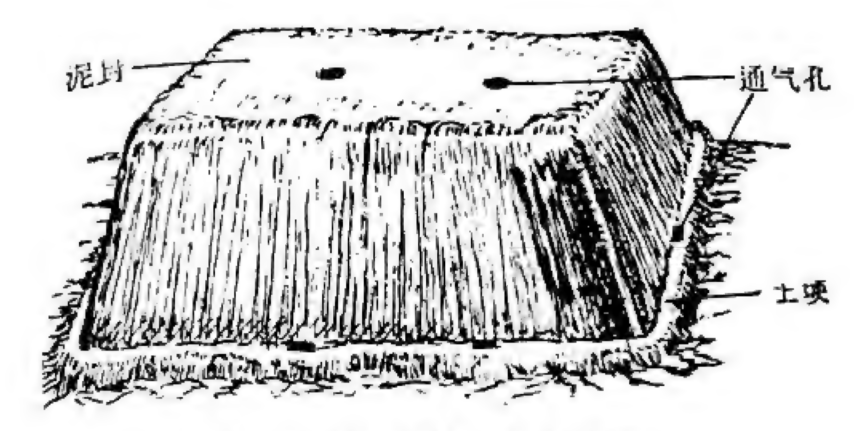


图1—2　坑式通气式泥封堆肥

6．起料：在夏季堆肥20～30天就可以完全腐熟。腐熟的肥堆体积变小，堆料变成黑褐色，没有臭味，秸秆变得松软易碎，此时可起出堆料，再用干土厚厚地封严待用。

高温泥封堆肥的方式方法根据季节的不同，也需要灵活运用。夏季气温高，采用平地通气式方法，腐熟快，效率高；春、秋凉爽时，采用坑式通气式方法较适合；气温低的冬季，有些地方已采用加温暖窖造肥，使肥力较生粪提高一倍左右。

沤肥，是目前农村广泛使用的造肥方法，简便易行，随产随沤，能够增加粪肥数量，也可以使肥效有所提高。在沤肥时应分层放料，每层要薄些，一层草、一层畜粪、一层土地依次序循环填放，在表面保持一定水量。这样沤肥，就比坑太深、水太

多、土太厚的做法，效果高得多。在夏秋季肠道传染病流行的季节，采用沤肥的方法处理人粪尿不仅难以在一、两个月的时间里达到无害化，而更主要的是易被雨水冲走污染水源和环境，造成传染病的传播。因此，这一时期应该用堆肥方法处理人粪尿，用沤肥方法处理绿肥，这样既能提高肥效，又可以防止肠道传染病和寄生虫病的流行。

饮水的改善

在生产和生活当中，我们每天都要喝水、用水。如果水源保护的不好，被地面上的粪便、垃圾所污染，就可能造成肠道传染病和寄生虫病的传播和流行。有的地区发生的地方病，也和饮水水质有着密切的关系。饮水的改善，在饮用井水的地区，重点是清除污染源，改造旧井结构，保护水源不受污染；在饮用河水、沟水的地区，争取建造砂滤井，彻底解决饮水问题。

（一）加强水源保护：水井要有人负责管理，做好宣传，动员群众把水井周围20米以内的厕所、粪坑、畜圈等污染源迁走，防止污染水源。禁止在井台上洗菜、洗衣、洗脚或饮牲畜，还要教育儿童不要往井里乱扔脏东西。

（二）改进水井结构（图1—3）：

井底：铺半尺厚粗砂，上面再铺半尺厚卵石块。

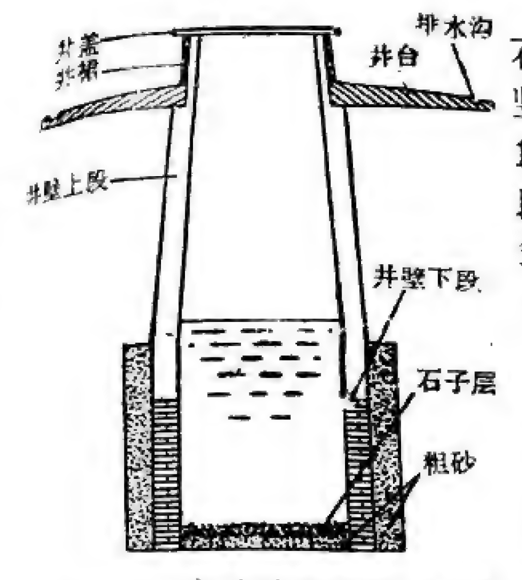


图1—3　水井结构改进示意图

井壁：下段用砖、石砌，以水泥勾横缝，竖缝留空，周围充填1.5尺厚的砂子。上段用不透水材料构筑，并高出地面1.5尺左右。

井台：先铺一层粘土夯实，上面加碎石或用三合土、混凝土修筑，高出地面形成适当坡度，周围挖排水沟。

井裙：高出井台1尺左右。和井壁、井台连接处要严密，最好是将井壁修出地面，形成井裙。

井盖：井口上要加严密坚固的井盖，在取水时间外上锁，防止阶级敌人破坏和禽畜污染水源。

水井除在结构上需要改进外，还应逐步做到密闭式取水，推广压水机井（尤其是有防冻设备的）、水车密封井、辘轳密封井和室内提筒井。如果暂时不具备条件，也要进行加高井台、井裙，设置公用取水桶（或柳罐）等一般水源保护措施，以避免水源的污染。

（三）饮水的净化：在水质不好的地区，可以

用过滤的办法，除去水中的有害化学成分和有机物质，如铁、泥土、虫类和病菌虫卵等，达到净化饮水的目的。适于长期使用的饮水净化方法是过滤法。一般常用砂滤装置（包括用砂滤箱、砂滤缸、砂滤沟和砂滤井）滤水，其中较为适用的是砂滤箱（图1—4）。箱高（深）5尺，根据用水人数确

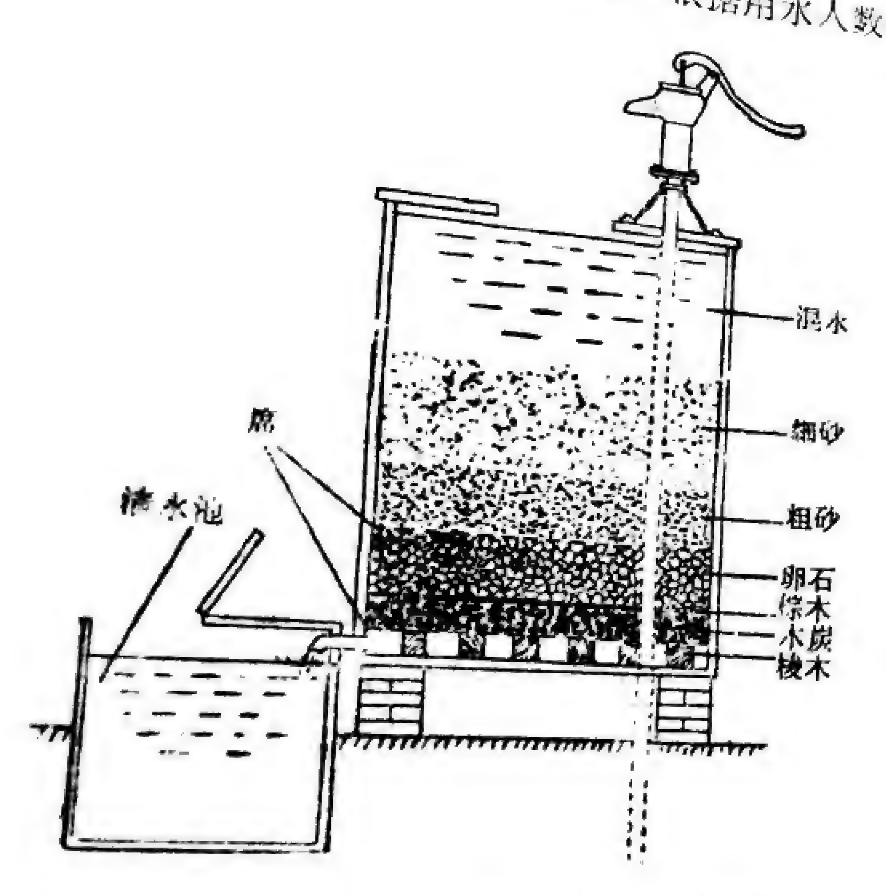


图1—4　压水机井砂滤箱（海龙县山城镇）

定箱的长度和宽度，若有200人用水，则长宽各5尺即可。箱内过滤层自底往上是：棱木层厚3寸，上铺席一层；木炭层厚4寸；棕木层厚2～3分；直径1～2寸的卵石或石块层厚7寸，上铺席一层；粗砂层厚6寸；细砂层1～1.5尺；混浊水在最上层，保持1～2尺厚。箱底装排水口，使净化的清水流入储水池。

凡装入箱内的砂石，都要彻底清洗。细砂层装好后，不要搅拌或更换过勤，必要时可换2～5寸厚。滤箱初用时过滤较快，净化效果也较差，经过一个阶段形成了滤膜，净化效果就会提高。水中铁质过多者，可抬高进水口，并使水经喷头流下，增加与空气接触的机会，更多地被氧化，经砂滤而被除掉。根据砂滤使用情况，每年可换洗箱内砂石3～4次。若条件不够，滤箱只装石块、粗砂和细砂，也可收到净化饮水的效果。

（四）饮水的消毒：在夏秋季肠道传染病流行时，或在行军作战时，用漂白粉进行饮水消毒，是预防肠道传染病的一项重要措施。饮水消毒方式分为井水消毒和缸水消毒两种，一般多进行井水消毒，一次投药即可同时解决许多用户的饮水消毒问题。具体做法如下：

1. 直接投药法：(1) 计算井水量：圆井水量（立方米）＝水深（米）×水面直径（米）×0.8。

（2）投药量：每立方米井水加入6～8克含有效氯25%的漂白粉（新出厂的漂白粉有效氯含量为25～30%，须密封存放在冷暗处）。（3）将按投药量量好的漂白粉调成稀糊状，直接倒入井内，充分搅动井水，使药分布均匀。否则上层井水漂白粉浓度过大，氯味太浓，无法使用，下层浓度太小，达不到消毒目的。投药半小时后方准用水，所以投药应在早晨、晌午挑水人多之前一小时进行。（4）井水污染程度加重时，投药量也要相应增多5～10倍。

2．持续投药法：将塑料袋、竹桶或木盒等容器，按井水量钻出一定数量的孔（一般按每立方米钻径为1厘米的孔2～3个），而后将漂白粉1斤加水调成糊状装入其中，系上浮标投入井内。此法持续消毒时间可达1～2周，但孔眼易堵塞，当使用几天后，若打出的井水嗅不到氯的气味，可捞出来将孔透通，再放入井内。

3．饮水消毒效果检查：取消毒半小时的水10毫升，装于试管或无色透明的小瓶里，滴入试剂（甲土立丁液，由卫生防疫部门制备）3～4滴，充分混匀，放置5分钟后，呈现淡黄色者，表示水中余氯（漂白粉所含有效氯在水中起消毒作用而消耗之后的剩余部分）含量为0.2～0.3毫升/升，可认为消毒完全。若不呈色，表示投药不足。若呈深黄色，表示投药过多。出现后两种情况时，应适当增减投

药量。如果没有条件用药物测定余氯量，可以用嗅觉检查。嗅觉正常的人刚刚能够嗅出井水有氯的气味，就说明余氯含量合适。

农业劳动卫生

在毛主席的“**备战、备荒、为人民**”的伟大战略方针指引下，农村广大贫下中农，以自力更生、艰苦奋斗的革命精神，战天斗地，夺取革命和生产双胜利，为祖国社会主义革命和社会主义建设，做出了巨大贡献。而做好农业劳动卫生，创造良好的劳动条件，保护社员群众的健康，保护农业劳动力，则是我们“赤脚医生”的重要任务。

（一）预防有机磷农药中毒

随着我国工农业生产的发展，各地使用农药的范围日趋广泛。目前使用的农药中，1605、1059、敌敌畏、敌百虫、乐果等有机磷农药的毒性较大，其中尤以1605和1059毒性最剧，可以通过呼吸道、消化道和健康无损的皮肤等各种途径进入人体，引起中毒。因此，在使用农药时，必须加强领导，健全组织，做好使用人员的训练工作，同时要把好“运、管、用、护”四关，采取综合预防措施：

1．运输时要包装好，不能和食品装在一起。发现包装破损时，要用硷水把农药沾染的物品彻底

冲洗干净。

2．农药的保管要做到：专人，专仓，专箱，专锁。装药、配药和施药的一切用具，都要统一保管。清洗农药沾染的用具时，一定要用硷水浸泡一周，而后再用清水洗净。

3．农药的使用，一定要做到定地点（在规定的地点配药，在规定的田里用药），定时间（按规定日期施药，按规定时间工作），定用量（按规定量稀释，按规定量施药）。

4．使用农药时的防护措施，主要是个体防护。施药人员要穿长袖上衣、长腿裤，戴口罩（普通口罩内加四层浸过5％硷水的纱布，可以提高防护效果），戴手套，裸露的皮肤可涂上肥皂防护。施药时，在地头上准备肥皂和硷水盆，休息或工作完了时，要洗手漱口。在工作时，要严肃认真，不准开玩笑、吃东西、吸烟，严格遵守操作规程。每个施药人员要保持一定的距离，不能距离太近，防止吸入药雾。在喷雾器发生故障时，不能直接用手修理，更不能用嘴吹，以防沾染农药，引起中毒。

（二）稻田皮炎的防治

我省发生的稻田皮炎，主要是尾蚴皮炎，是由血吸虫分叉尾蚴侵入人体皮肤所引起的。在下水后半小时左右，首先在水浸泡部位发生痒感，以后出现小米粒大到黄豆粒大的红斑或丘疹，刺痒令人难

忍受，经用手搔抓后，形成水疱，重者可继发感染发生脓疱或糜烂，并发局部淋巴结肿大或淋巴管炎以及轻重不同的全身症状。

预防

1．本病的传染源是病牛和病鸭。消灭传染源的办法就是治疗病牛的血吸虫病，处理好牛粪；不让鸭子进入稻田，防止污染灌田用水。

2．螺蛳是本病的中间宿主。灭螺可在插秧后，与施化肥结合进行，每亩施用30～50斤氨水，既能肥田，又能收到90％以上的灭螺效果。

3．个体防护可在接触水的皮肤上，涂搽防护油膏(制法：先将凡士林1斤熬开，加入松香2斤，溶化后放冷至半凝固状，加入水杨酸7钱5分即成)；也可穿水田靴，戴乳胶、塑料薄膜肢套，或扎裹腿。

治疗

1．止痒可针刺足三里、曲池等穴。

2．中草药：①鲜马齿苋捣烂敷患处。②五倍子5两，白醋1.4斤，将五倍子浸于醋中溶解待用，下田前涂一次。

3．用5～10％来苏儿擦洗局部止痒；脓疱可涂2％龙胆紫液。

（三）妇女劳动保护

在组织妇女参加农业生产时，要根据妇女的生

理特点，注意女社员的劳动保护：

1. 在分配工作时，要给予适当的照顾。因为，妇女干太重的活或震动过大的活，都会由于过分用力或震动过大而发生骨盆腔充血，时间久了，会引起月经不调、子宫位置不正或子宫脱垂等疾病。

2. 妇女月经期或怀孕期，站着干活时间过长，容易引起月经不调或早产，因而要适当安排工间休息，以缓解骨盆腔的充血现象。

3. 经期、孕期、哺乳期和身体弱的妇女和十七岁以下的女孩，不能做农药喷洒工作，以防发生中毒。

4. 实行"三调、三不调"，对于经期、孕期和哺乳期的妇女，在安排农活时，调轻不调重，调干不调湿，调近不调远。

（四）预防农业劳动损伤

农业劳动中的机械性损伤，主要是在使用拖拉机、脱谷机等农业机械工作时，由于麻痹大意、违反操作规程而造成的撕裂、骨折等损伤。

随着农业机械化程度的提高，必须加强安全卫生教育，农机要有专人管理，禁止其他人乱摸乱动。工作时，要扎紧衣袖，动作要迅速俐落。严格遵守操作规程，经常注意机械的维护和检修，就可以大大减少意外伤害事故的发生。

消灭疾病

"应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。""发动广大群众的卫生运动，减少疾病以至消灭疾病，是每个乡苏维埃的责任。"

毛主席这一系列光辉指示，是我国卫生工作的根本方针，也是开展防病灭病工作的伟大指针。我们"赤脚医生"在同危害人民健康的传染病和流行病斗争的过程中，一定要坚持政治挂帅，紧紧依靠公社、大队革命委员会的领导，紧紧依靠广大人民群众，努力活学活用毛主席的光辉哲学思想，摸清疫病的发生和发展规律，掌握控制和消灭疫病的防疫措施，把各种疫病严格控制起来，为逐步实现消灭疾病的伟大目标而斗争。

传染病的传播和流行条件

传染病的传播和流行，必须具备以下三个基本条件（或三个基本环节）：

（一）传染源：人或动物受到传染后，体内有病原体生存繁殖并不断地向体外散布者，就是传染源。

（二）传播途径：传染病的传播，必须经过一定的途径，才能完成。传播途径有以下几种：

1．空气传播：如麻疹、百日咳、白喉、肺结核等病原体，可在病人呼吸、咳嗽、喷嚏时，随飞沫或尘埃进入呼吸道引起感染。通过这种方式传播的传染病，称呼吸道传染病。

2．经水和食物传播：饮水或食物被含有病原体的排泄物直接或间接（通过手、苍蝇）污染后，经消化道侵入人体而发生传染。通过这种方式传播的传染病，称消化道传染病。

3．生物传播：病原体经病媒昆虫叮咬侵入人体，如虱子传播斑疹伤寒，蚊子传播流行性乙型脑炎等。通过这种方式传播的传染病，称虫媒传染病。

4．接触传播：是没有任何外界条件参加而直接造成的传播，如健康人接触患布氏菌病病畜而感染波状热。

（三）易感人群：对于某种传染病缺乏免疫力（即抵抗力），感染后容易发病的人群，称易感人群。

总之，传染病的传播，就是由传染源体内排出的病原体，通过一定的传播途径，传播到易感人群中而引起流行的。因此，采取措施，切断传染病的传播和流行的三个基本环节中的任何一个环节，即可制止传染病的流行。

控制和消灭传染病的措施

消灭传染病的措施，包括预防措施和防疫措

施。预防措施是在传染病发生之前进行的卫生预防工作。发动群众开展爱国卫生运动，消灭病媒虫害，加强粪便管理、饮水改善，改善环境卫生，搞好饮食卫生，是预防措施的主要内容。根据传染病的发生规律，利用土方草药，如冬春季服“松针汤”、“紫草液”预防感冒、麻疹；夏秋季多吃些大蒜预防肠道传染病等办法，以及切实完成上级卫生部门布置的预防接种任务，都是有效的预防措施。

对于已经发生的传染病，要采取防疫措施，做到早期发现病人；早期隔离治疗；早期处理疫点，控制流行。防疫措施具体做法如下：

1．早期发现传染病人：

传染病一般是由极少数人感染发病后，传播蔓延开来的，如能早期发现，及时采取防疫措施，就可以控制其蔓延。因此，我们在巡诊过程中，要随时注意发现传染病人，如果发现在本大队同时或先后相继出现发烧或高烧的病人，而且症状相类似，具有和一般疾病不同的特殊临床表现，就要周密充分地调查和掌握发病情况，密切观察病情变化，同时根据本地的传染病流行规律和邻近地区最近的疫情，结合发病的季节、年龄、职业等特点进行综合分析，就能够早期发现传染病人。对于已经诊断为传染病的病人或一时难以确诊需要进一步观察的疑似传染病人，都要及时报告上级卫生部门并采取措

施控制传播。

根据《吉林省传染病管理办法》的规定，必须做疫情报告的传染病共有28种：

甲类：(1) 鼠疫，(2) 霍乱，(3) 天花。

乙类：(4) 流行性乙型脑炎，(5) 白喉，(6) 斑疹伤寒，(7) 回归热，(8) 痢疾，(9) 伤寒及副伤寒，(10) 猩红热，(11) 流行性脑脊髓膜炎，(12) 麻疹，(13) 脊髓灰质炎，(14) 百日咳，(15) 炭疽病，(16) 波状热，(17) 流行性出血热，(18) 森林脑炎，(19) 传染性肝炎，(20) 流行性感冒，(21) 狂犬病，(22) 血吸虫病，(23) 钩虫病，(24) 疟疾，(25) 绦虫病，(26) 黑热病，(27) 恙虫病，(28) 钩端螺旋体病。

发现甲类传染病后，要立即向当地革委会详细汇报发病情况，同时以最快速度报告上级卫生部门，最迟不得超过12小时。对于乙类传染病的疫情报告，最迟不得超过3天。

2．及时采取防疫措施：

出现传染病人后，在病人的周围就形成了"疫点"。对于疫点必须立即采取防疫措施：

（1） 在当地革委会的统一领导下，在上级卫生部门的指导下，向群众进行宣传，使群众既能了解传染病的危害性，又能看到传染病的可防性；既不惊慌失措，又不麻痹大意。在提高认识的基础上，组织群众，依靠群众，打一场消灭传染病的人民战争。

（2） 通过调查研究，查清流行情况，即：什么人得病（包括姓名、性别、年龄、职业、居住年限等），什么时间发病（每个病人的发病日期、报告日期、治疗隔离日期等），什么地点发病（自然环境，与外界往来情况，发病是集中还是散在，是暴发还是散发），进一步分析传染病的诊断、流行特点和污染范围，确定防治方案和具体防疫措施。

（3） 为了充分发挥防疫工作的效果，迅速而有效地控制流行，必须采取综合性防治措施（而不是单一性措施）。在执行综合措施的同时，又要根据传染病种类的不同，流行的时间、地点不同，选择主导措施，分清主次，例如对斑疹伤寒采取以灭虱为主；对痢疾采取以切断传播途径为主的防疫措施，结合其他措施，才能取得更好的效果。

对于呼吸道传染病的防治措施：

① 隔离病人：把病人安置在房间的一角或炕的一头，最好能用布幔隔开，并积极进行治疗。病人的痰液和鼻涕，要用痰盒收集后埋掉。在病人传染性最强时（发烧、咳嗽时一般传染性较强），应给病人戴上口罩，以减少病原体的散布。对于和病人密切接触者，要按时检诊、检温，必要时可服用药物预防。

② 病家消毒：一般不需药物消毒。要加强住室的通风换气，搞好室内外卫生，保持室内空气湿润无尘，并勤晒被褥和衣物，就可以达到消毒的目的。

③ 减少接触：在流行期间，健康带菌者增多，因而要尽量减少集会，也不要到人多拥挤的地方去，更不要到病家去串门。

④ 个人防护：护理人员和密切接触者要戴口罩。在外出或必要集会时，应尽可能戴口罩预防传染。

⑤ 预防接种：在白喉、百日咳、麻疹流行地区或其附近地区，可进行预防接种。

对于消化道传染病的防疫措施：

① 隔离病人：方法与呼吸道传染病基本相同。病人的食具要单独使用、洗刷。病人用过的食具要经烫洗消毒后，方可让健康人使用。病人吃剩下的食物，要经蒸气或煮沸消毒后，再让健康人吃。

② 随时消毒：做好病人排泄物和污染物品的随时消毒，是有效地控制消化道传染病的主要关键。要妥善处理病人的粪便和呕吐物，用漂白粉消毒，粉剂与粪便的比例按1:10，充分混匀后作用1小时；或用相当于粪便量1/5的生石灰与粪便混匀，作用4小时，均可达到消毒目的。也可以在远离水源的偏僻地方挖坑把粪便深埋起来，掩埋之前，在

物上面盖上一层热灰。被粪便污染的衣服、被褥、便器，要用开水烫泡1小时后，再行洗刷，最好能用3%来苏儿液浸泡1小时，或用0.1%新洁尔灭液浸泡消毒。护理人员接触病人后，要用上述消毒液洗手。

③ 卫生措施：发动群众，积极搞好环境卫生，切实管好水源，实行饮水消毒，处理好粪便和垃圾，消灭苍蝇，同时要注意饮食卫生，防止"病从口入"，彻底切断消化道传染病的传播途径。

④ 预防接种：若发生脊髓灰质炎、伤寒时，可进行预防接种。

对于虫媒传染病的防疫措施：主要是消灭病媒虫害（参照除四害部分）和使用防虫设备（如蚊帐）。

3．切实做好预防接种：

根据传染病流行的规律，有计划、有目的地进行预防接种（附表），提高群众的抗病能力，是预防和消灭传染病的综合性措施的重要组成部分。

预防接种分自动免疫和被动免疫：自动免疫是接种菌苗、疫苗、类毒素后，使身体产生免疫能力，一般能保持2～3年；被动免疫是把免疫血清和抗毒素接种给病人的接触者，使其迅速获得暂时性免疫，但最多只能维持一个月左右。

在进行预防接种工作时，应注意：

（1） 预防接种是群众性防病措施，必须做好宣传教育和动员组织工作，使群众认识到：这是党和毛主席对广大人民群众的深切关怀，充分体现了社会主义制度的无比优越性。

（2） 仔细阅读所要接种的生物制品说明书，严格按照规定的方法运送、保管和使用生物制品。在接种前要注意检查制品的包装、质量和有效日期，若发现破损、变质或过期者，一律不能使用。

（3） 接种之前要细致了解接种对象的健康情况，凡有预防接种禁忌症者，不予接种。

（4） 接种时要严密消毒，严格执行无菌操作。接种后有少数人可能出现不同程度的反应，一般不需任何处理，经适当休息即可恢复。

〔附表〕

常用疫苗的接种方法

制品名称	接种对象	接种方法	免疫期	禁忌症
卡介苗	初生婴儿及结核菌素试验阴性的儿童	口服：婴儿出生后头十天口服三次，每次1毫升，含菌10毫克 皮内注射：0.1毫升，含菌0.5～0.75毫克 皮上划痕：每毫升含菌50～75毫克，1滴	2、4年	新生儿：体温超过37℃者、体重在5市斤以下者、有结核病症状者 儿童：结核菌素试验阳性者、疑似结核病者、急性传染病患者
牛痘苗	2～6个月婴儿及过期未种者	划痕法或多压法：在上臂外侧，初种2颗，复种1颗，划痕长半厘米左右，每颗滴痘苗1滴。以后在6、12、18岁时各再种一次	5年	急性传染病及其恢复期，全身湿疹及皮肤病，心、肾疾病，活动性结核，经常发烧者种卡介苗1个月后方可种痘

制品名称	接种对象	接种方法	免疫期	禁忌症
百、白疫苗（百日咳菌苗、白喉类毒素合剂）	3个月～7岁儿童	初次免疫皮下注射三次：第一次0.5毫升，第二、三次各1.0毫升，每次间隔4周；以后1～2年加强注射一次	2～3年	急性传染病及其恢复期，心、肝、肾疾患，活动性结核，重症营养不良，痉挛素质，患过脑膜炎、大脑炎者
麻疹减毒活疫苗	6个月以上未患过麻疹的易感儿	皮下注射0.2毫升	2～3年	同上
小儿麻痹疫苗（脊髓灰质炎减毒活疫苗）	3个月～7岁儿童	Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型分别口服，各间隔一个月。糖丸每次一粒；液体（10万单位）每次0.1毫升。不论年龄大小，用量相同		同上
伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗	流行地区、粪便处理、饮食服务人员	皮下注射三次，每次0.25～0.5毫升，间隔7～10天；次年注射二次，第三年注射一次，间歇二年后再重复注射一次	1～3年	急性传染病及其恢复期，心、肝、肾、肺疾患，风湿病，高血压，哮喘，溃疡病，经期，妊娠，授乳前6个月

制品名称	接种对象	接种方法	免疫期	禁忌症
布氏活菌苗	牧区牧民及接触病畜人员，布氏菌素试验阴性者	皮下注射一次：5～9岁0.3毫升，10～15岁0.5毫升，16岁以上1.0毫升。一年后如布氏菌素反应仍为阴性，可再次注射，用原注射量的半量	1年	急性传染病及其恢复期，心、肝、肾、肺疾患，风湿病，高血压，哮喘，溃疡病，经期，妊娠，授乳前6个月
破伤风类毒素	军民兵，有受破伤风威胁者	皮下注射二次：第一次0.5毫升，第二、三次各1.0毫升，间隔4～6周，一年后再注射1毫升，若受伤时立即加强注射1毫升	3～5年	同上
森林脑炎疫苗	林区工作人员	皮下注射二次，每次2.0～3.0毫升，间隔7～10天，以后每年加强注射一次，每次3.0毫升		同上
流行性乙型脑炎疫苗	6个月～12岁	皮下注射二次，间隔7～10天，6个月～12个月每次0.25毫升，1～6岁每次0.5毫升，7～12岁每次1.0毫升，次年加强注射一次	半年	同上

制品名称	接种对象	接种方法	免疫期	禁忌症
人用狂犬病疫苗	确被狂犬咬伤者	皮下注射14~21次，每日一次，每次2毫升；伤重者前7天可每日注射两次，后7天每日一次	半年	不考虑禁忌症，但已发病者接种无效
多价钩端螺旋体菌苗	流行地区接触疫水者	皮下注射二次，第一次1.0毫升，第二次2.0毫升，间隔7天。7~13岁儿童用量减半	1~2年	同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗
鼠疫活菌苗	在疫区的人，除有禁忌症者外，一律接种	皮下注射一次，2~4岁0.2毫升，5~7岁0.3毫升，8~12岁0.5毫升，13~16岁0.7毫升，17~60岁1.0毫升，60岁以上0.7毫升。疫情严重时，20~25日后再注射一次	1年	同上

二、战伤救护及“三防”

当前，世界进入了伟大的毛泽东思想的新时代。全世界无产阶级和各国人民反帝、反修的革命运动蓬勃发展，美帝国主义和苏修社会帝国主义陷于重重困难，内外交困，走投无路。“**敌人一天天烂下去，我们一天天好起来。**”但是“**一切反动势力在他们行将灭亡的时候，总是要进行垂死挣扎的。他们必然要采取军事冒险和政治欺骗的种种手段，来挽救自己的灭亡。**”美帝国主义和苏修社会帝国主义正在加紧勾结，拼命扩军备战，企图对我国发动大规模的侵略战争。

毛主席教导我们说：“**全世界人民团结起来，反对任何帝国主义、社会帝国主义发动的侵略战争，特别要反对以原子弹为武器的侵略战争！如果这种战争发生，全世界人民就应以革命战争消灭侵略战争，从现在起就要有所准备！**”我们要牢牢记住伟大领袖毛主席的教导，随时准备歼灭入侵之敌。我们要准备敌人大打、早打，准备他们打常规战

争，也准备他们打核大战，“总而言之，我们要有准备。”

用毛泽东思想武装起来的、经过无产阶级文化大革命锻炼的中国人民和中国人民解放军，是战无不胜、攻无不克的。我们有决心、有信心一定要解放我国的神圣领土台湾，一定要坚决、彻底、干净、全部地消灭一切敢于来犯的侵略者，保卫我们伟大的社会主义祖国。

毛主席教导我们：“**为了同敌人作斗争，我们在一个长时间内形成了一个概念，就是说，在战略上我们要藐视一切敌人，在战术上我们要重视一切敌人。**”我们对于一切反动派既要藐视他们，树立必胜的信心。又要发扬“**一不怕苦，二不怕死**”的革命精神，在战术上认真对待。因此，要用毛泽东思想武装我们的头脑，努力学好战伤救护和“三防”知识，随时准备粉碎美帝国主义和苏修社会帝国主义发动的侵略战争。

战 伤 救 护

战地伤员的寻找、接近、隐蔽

1．战地伤员的寻找：

伟大领袖毛主席教导我们说：“**下定决心，不怕牺牲，排除万难，去争取胜利。**”寻找战地伤员是一项光荣、艰巨的政治任务，我们必须竭尽一切力量把每一个阶级兄弟及时安全的寻找到。

寻找方法：

（1） 注意观察敌人火力情况，一般在爆炸区、火力封锁区、突破口等地方可能发现伤员。

（2） 注意战斗员的动作，如果战斗员负伤，他们的各种卧姿都不自然，手脚的位置也不正常。

（3） 在夜间寻找伤员时，要利用闪光、月光、照明、炮火等，判明伤员的位置和距离。还可利用各种信号，如吹口哨、拍手等。

（4） 前进搜索时，要注意山凹地、弹坑、草丛等地方，也可顺着血迹、脚印或丢掉的物品寻找伤员。

2．战地伤员的接近：

伟大领袖毛主席教导我们：“**什么叫工作，工作就是斗争。那些地方有困难、有问题，需要我们去解决。我们是为着解决困难去工作、去斗争的。越是困难的地方越是要去，这才是好同志。**”伤员同志在战斗中英勇负伤，我们要利用地形地物、勇敢机智、争分夺秒地把伤员同志安全地抢救下来。方法是：

（1） 跃进：是通过开阔地带常用的一种方法。跃进前先看准伤员的位置和敌人火力情况，选好前

进的道路和隐蔽点。跃进时要以最快速度，直线前进。

（2） 爬进：是在敌人火力非常密集的情况下选择的一种方法。

胸腹紧贴地面，眼看前方，脚蹬、手爬交替前进，叫做低姿爬进(图2—1)。

图2—1 低姿爬进

在隐蔽物稍高的地方可以用两肘、两膝稍稍把身体撑起爬进，叫高姿爬进(图2—2)。

用下面的前臂支起上身，腿收回，用上面一条腿的脚跟蹬地前进，叫侧身爬进(图2—3)。



图2—2 高姿爬进



图2—3 侧身爬进

（3） 屈身前进：弯腰，眼看前方，根据隐蔽物的高矮，弯曲两腿大步前进。

（4） 滚进：卧倒，两臂屈曲贴胸，两脚交叉并拢，全身用力滚动。通过地面的凸处或斜坡时采用这种方法。

3．战地伤员的隐蔽：

伟大领袖毛主席教导我们：**“战争的目的不是别的，就是‘保存自己，消灭敌人’”。**隐蔽伤员就是为了保存自己，消灭敌人。救护人员要机智果断，利用弹坑、凹地、土坡、树木、土包，必要时要挖临时掩体来隐蔽伤员。

战地伤员死亡的判定

伟大领袖毛主席教导我们：**“要过细地做工作。要过细，粗枝大叶不行，粗枝大叶往往搞错。”**战场上判定伤员真死与假死是非常重要的。我们一定要过细地做好这一工作，绝不能把假死误认为是真死，而停止救护。

检查项目		活着	死亡
呼吸	呼吸运动	有	无
	放在伤员鼻孔附近的细毛	摇动	不摇动
	放在伤员鼻部的刀面或镜面	出现水气	不出现水气
心跳	心尖搏动	能摸到	摸不到
	心音	听得到	听不到

检查项目	活着	死亡
瞳孔对光反射（可用手电或用手遮住伤员眼睛检查，夜间可用手电筒进行检查）	存在（因黑暗而散大见到光线而缩小）	不存在
角膜反射（用手指或细毛轻触伤员角膜）	存在（引起闭眼或稍稍一动）	不存在
黑眼球变形（手指由两边捏眼球）	不变形	变椭圆形

包　扎

伟大领袖毛主席教导我们："**革命战争是群众的战争，只有动员群众才能进行战争，只有依靠群众才能进行战争。**"战伤救护也要依靠群众，开展自救互救。

1. 卷轴绷带包扎法：

（1） 环形绷扎法：在颈部、腕部、额部环绕数周，每周完全互相重迭(图2—4)。





图2—4　环形绷扎法

（2） 蛇形绷扎法：斜形缠绕，每周之间保持一定距离，不互相重叠(图2—5)。

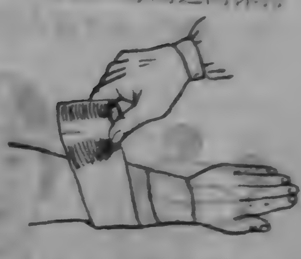


图2—5　蛇形绷扎法

（3） 螺旋绷扎法：用在上臂、手指、躯干，周径大致相同的部位，以卷轴带作单纯的斜旋上行或下行，每周重叠前一周的$^1/_2$或$^1/_3$（图2—6)。

（4） 8字形绷扎法：一圈向上一圈向下的包扎，每周在正面和前周相交，并压盖前周的$^1/_2$，多用于肘、膝、腕、肩、髋关节等处（图2—7)。

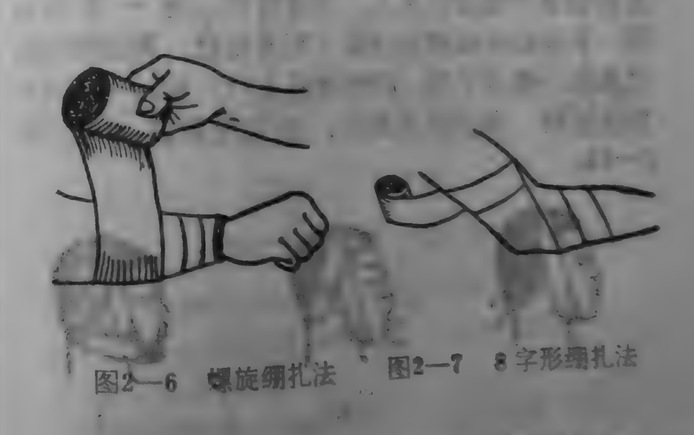
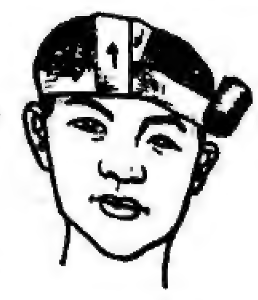


图2—6　螺旋绷扎法　图2—7　8字形绷扎法

（5） 帽式绷扎法：由绷带中部开始包扎，一

半在头顶反折，一半环头缠绕压于反折绷带上固定，直到完全包盖头部（图2—8）。


1　　2　　3

图2—8　帽式绷扎法

（6）　下颌绷扎法：用于下颌骨折或脱臼时。先将绷带一端放在头上，用指按住，另一手持绷带，于耳前经面颊部绕颌下至开始处，再经耳后绕过颈后，横过下颌，回到颈后上行，斜过另一耳后至开始处，如此反复绷扎，至包没敷料为止（图2—9）。





1　　2　　3

图2—9　下颌绷扎法

（7）　单眼绷扎法：如绷扎右眼，从右侧开始，在耳上向左侧绕头两周固定，然后由头部经右耳下，斜上盖过右眼和前额，再过头顶下行，依次环行，直到将眼包没，最后再绕头两周固定（图2—10）。



1　　2　　3

图2—10　单眼绷扎法

（8）　肘（膝）关节绷扎法（图2—11）。



1　　2　　3　　4

图2—11　肘关节绷扎法

（9）　踝关节绷扎法（图2—12）。

（10）　单侧腹股沟绷扎法（图2—13）。

2．三角巾包扎法：

有制作简单、携带方便、使用广泛、包扎迅速等优点。



图2—12 踝关节绷扎法

图2—13 单侧腹股沟绷扎法

三角巾的制作：用宽布裁成正方形，然后沿对角线剪开，底边3.9尺左右，高1.95尺左右。还可以在顶角上加带子，便于全身各部位包扎（图2—14）。

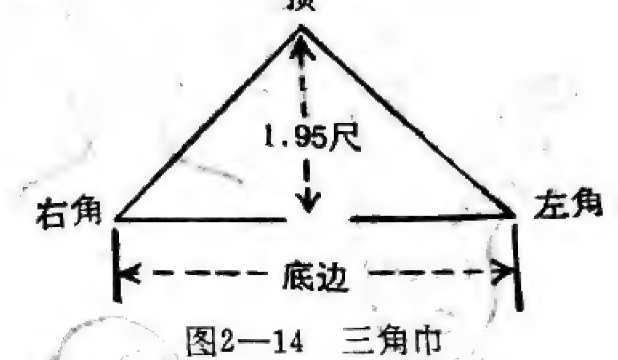


图2—14 三角巾

全身各部三角巾包扎法：

（1） 风帽式包扎法：在三角巾顶角和底边中央，各打一结，形似风帽（图2—15）。



图2—15 风帽式包扎法

（2） 面具式包扎法（图2—16）.

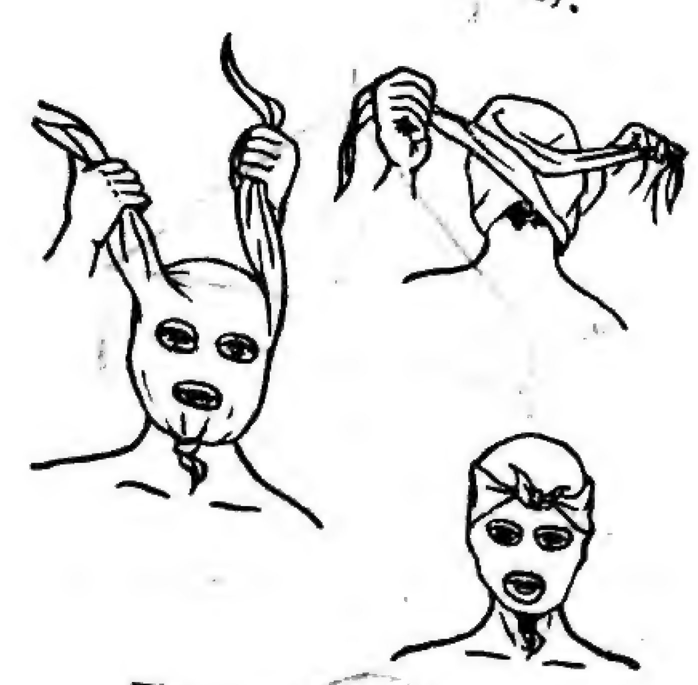


图2—16 面具式包扎法

（3） 额顶部包扎法（图2—17）.

（4） 单眼包扎法：将三角巾折叠成带形（约四指宽），斜放于伤侧眼部包扎（图2—18）.

（5） 侧胸三角巾包扎法：把三角巾底边横放在胸部，两端结扎在背部，顶尖越过伤侧和这两端结扎在一起（图2—19）.

（6） 背部三角巾包扎法：与胸部三角巾包扎相同，其差别只是两端结在胸前，中部盖于背部.

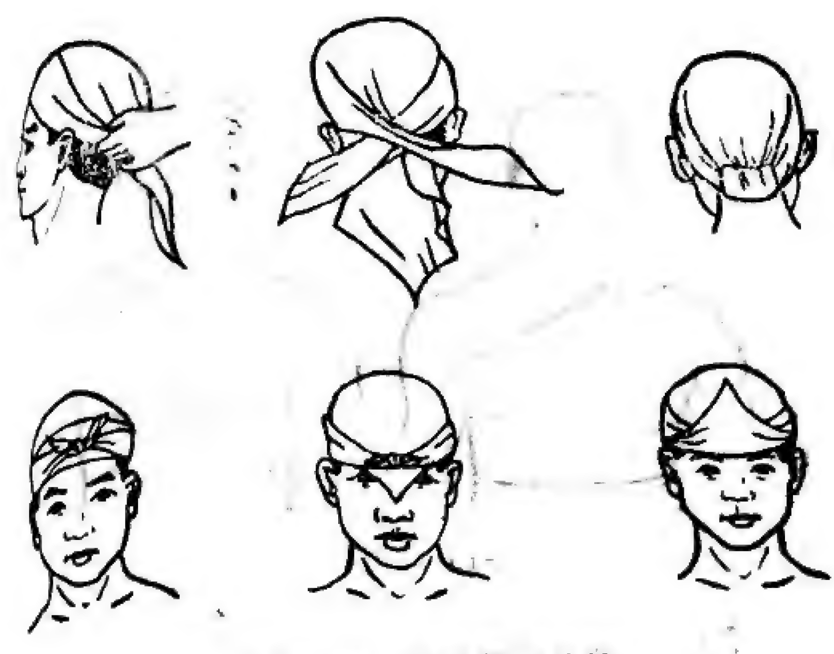


图2—17 额顶部包扎法

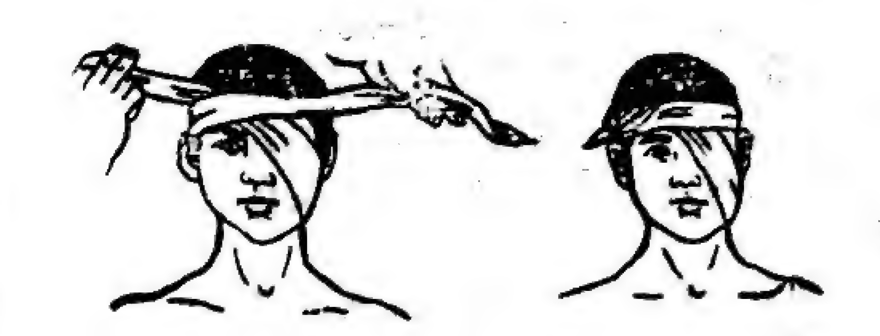
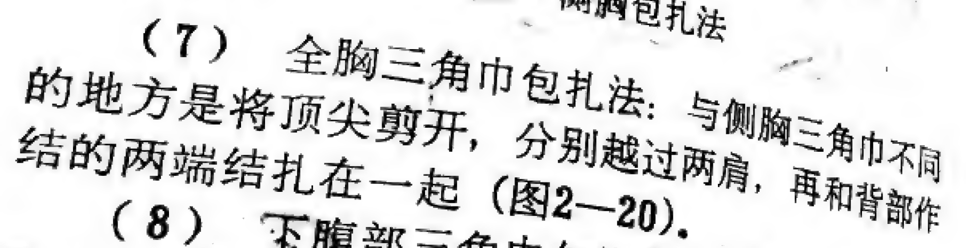


图2—18 单眼包扎法



图2—19 侧胸包扎法

（7） 全胸三角巾包扎法：与侧胸三角巾不同的地方是将顶尖剪开，分别越过两肩，再和背部作结的两端结扎在一起（图2—20）。



（8） 下腹部三角巾包扎法：把三角巾横放在腹部，底边向上，顶尖向下，两端在腰后作结。顶尖由两腿间拉向后面，和两端结扎在一起（图2—21）。

（9） 腹股沟燕尾式包扎法：将三角巾顶角和底边近中点处折叠起来成燕尾形式（图2—22）。将燕尾两底边角在腹股沟下方包绕大腿打结，然后取其两燕尾角拉向对侧髂前上棘打结。此法也适用于单侧臀部（图2—23）。

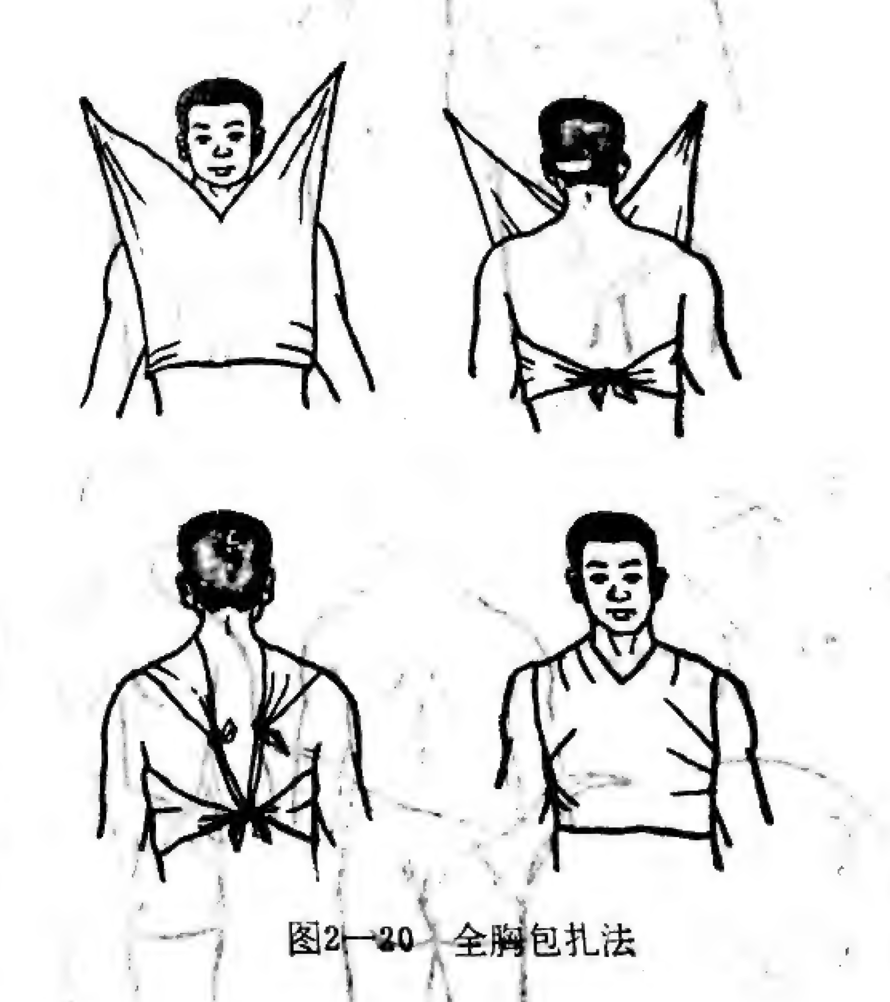


图2—20 全胸包扎法

图2—21　下腹部包扎法

图2—22　燕尾形式

图2—23　单侧臀部包扎法

（10）　肩部燕尾式包扎法：将燕尾夹角放在肩上正中，燕尾底边两角包绕上臂上$^{1}/_{3}$，于腋前打

结，然后拉紧两燕尾角，分别包绕胸背于对侧腋下打结（图2—24）。

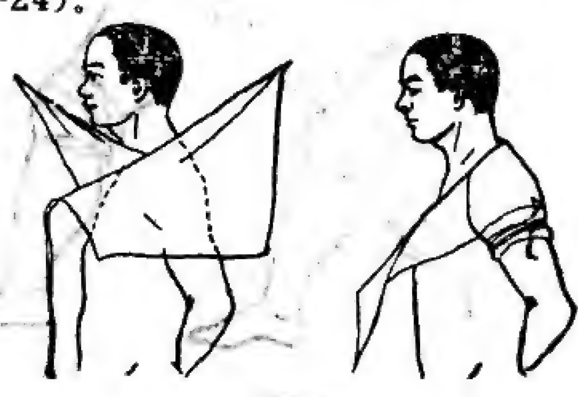




图2—24　肩部包扎法

（11）　手部三角巾包扎法（图2—25）。







图2—25　手部包扎法

(12) 膝部带式包扎法（图2—26）。



图2—26 膝部包扎法

(13) 足部包扎法(介绍三种方法)(图2—27)。





图2—27 足部包扎法

(14) 大悬臂带：用整个三角巾兜起前臂叫大悬臂带（图2—28）。



图2—28 大悬臂带

(15) 小悬臂带：是将三角巾折叠成带状，吊起前臂的前部，一般用于上臂和锁骨骨折时（图2—29）。



图2—29 小悬臂带

（16） 简易器材（毛巾、帽子）包扎法（图2—30至38）。

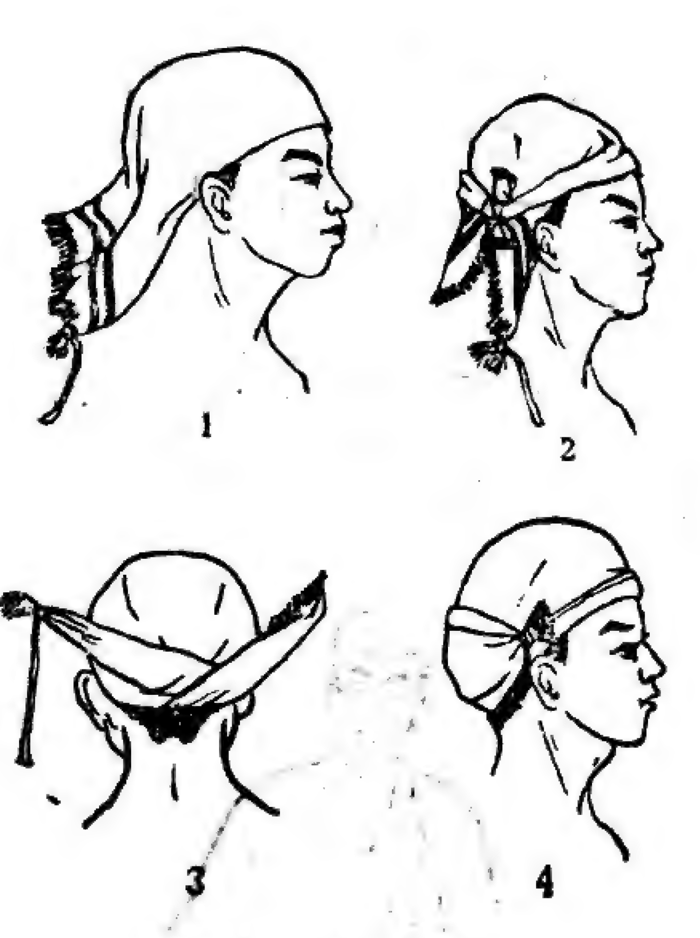


图2—30 毛巾头顶包扎





图2—31 毛巾头面包扎





图2—32 毛巾下颌包扎







图2—33 毛巾双眼包扎



图2—34　毛巾单胸包扎



图2—35　毛巾双胸包扎

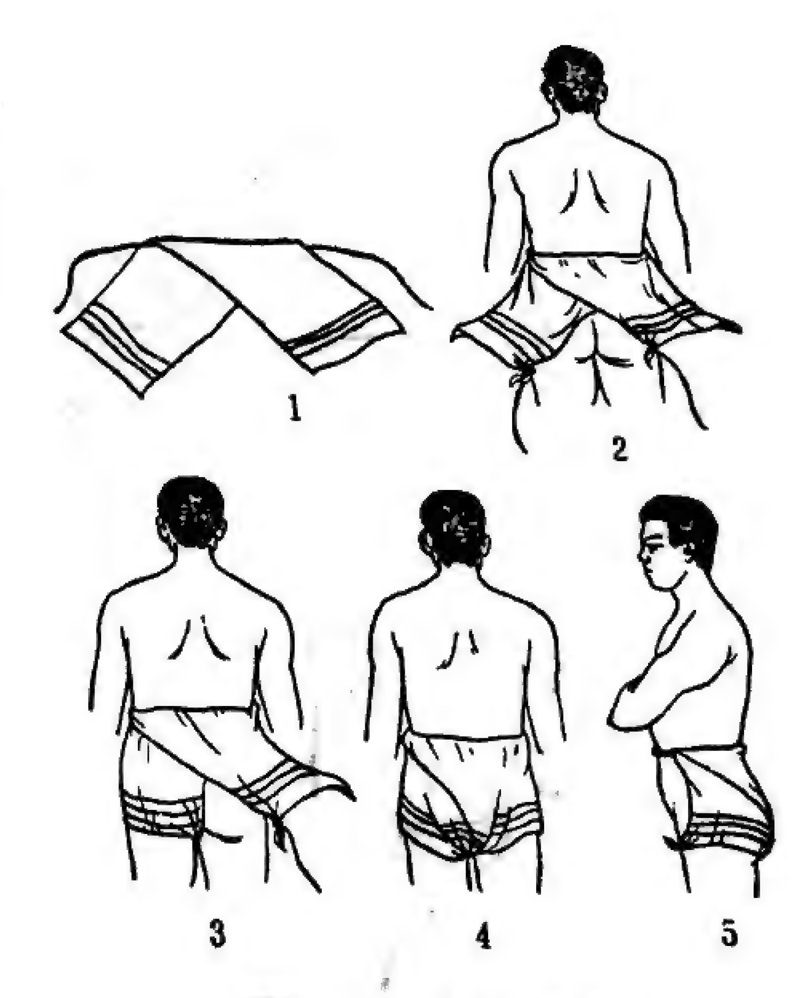


图2—36　毛巾双臀包扎

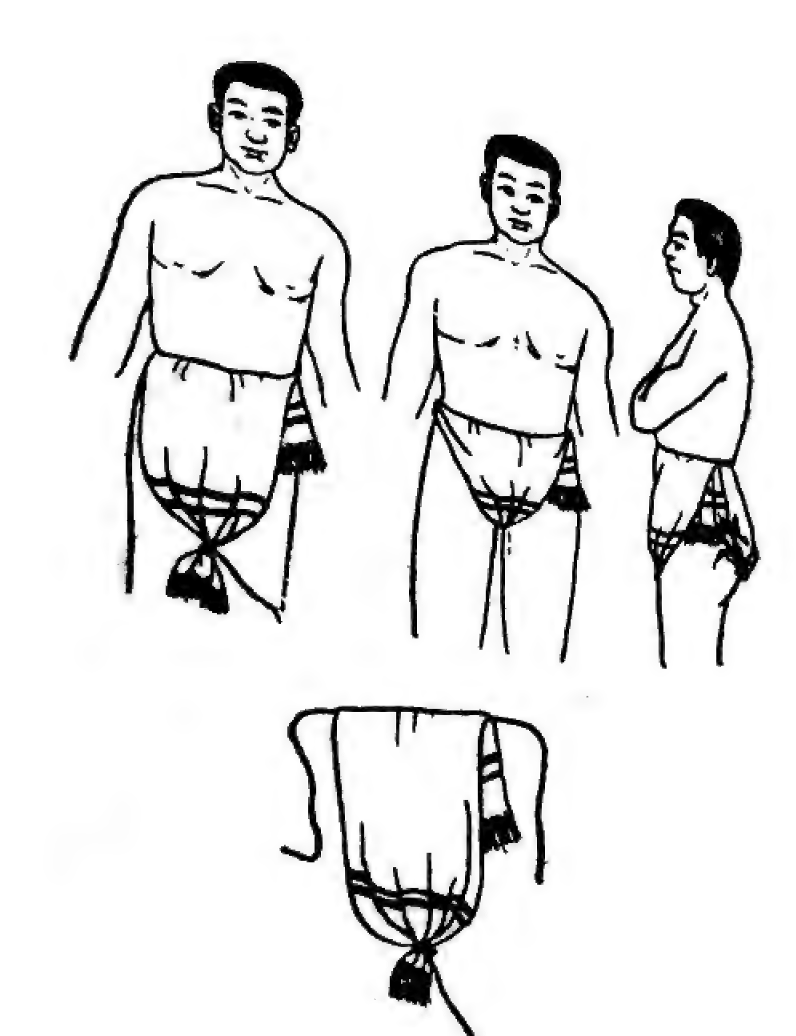


图2—37 毛巾下腹部包扎




图2—38 帽子头顶包扎

止 血

战时血管损伤的伤员较多，也常因大量失血危及生命，因此迅速止血是减少死亡的重要措施，我们必须牢记毛主席"要'抓紧'"的教导，熟练地掌握止血方法，及时抢救伤员。

1．指压止血法：

是动脉出血时最迅速的止血方法。在出血部位上端，用拇指或其他四指把动脉压在骨面上，止住出血。最易压住的部位叫压迫点。我们必须熟悉主要动脉的压迫点（图2—39）。

（1） 手掌出血指压法（图2—40）。也适用于前臂及上臂下部出血时止血。

（2） 腋动脉压迫止血：用于手、前臂及上臂的远端动脉出血时止血。伤臂向后背压于躯干并尽量伸直，握住伤侧手腕向健侧拉，将腋动脉压于肱骨上止血（图2—41）。

（3） 股动脉压迫止血：用两手拇指重叠放

在腹股沟中点稍下方，将股动脉压在股骨上（图2—42）。

图2—39　全身主要动脉压迫点

图2—40　手掌出血指压法

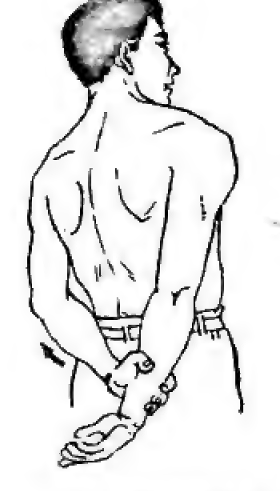


图2—41　腋动脉压迫法

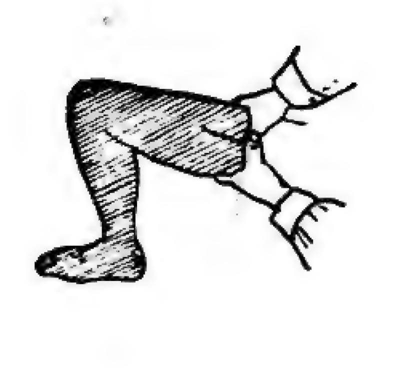


图2—42　股动脉压迫点

（4）　锁骨下动脉压迫止血：在锁骨上凹，胸锁乳突肌的外下方，用拇指压入，其余四指放在颈后，向下内后方对第一肋骨压迫。此法用于腋窝、肩部及整个上肢出血时止血（图2—43）。

（5）　颈总动脉压迫止血：用于头部出血时止血。手四指并拢放于颈前气管之外侧、胸锁乳突肌前缘，拇指放到颈后，加压（图2—44）。

（6）　颞动脉压迫止血：用于头顶及颞部动脉出血时止血。将头固定，用拇指压耳前正对下颌关节处（图2—45）。



图2—43 锁骨下动脉压迫点

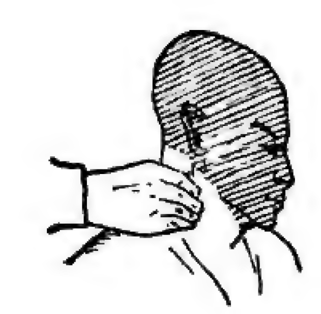


图2—44 颈总动脉压迫点

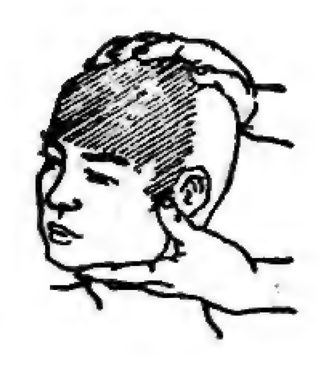


图2—45 颞动脉压迫点　　图2—46 颌外动脉压迫点

（7） 颌外动脉压迫止血：用于腮部及颜面出血时止血。一手将头固定，另一手拇指在下颌角前一横指处压于下颌骨上（图2—46）。



2．止血带止血法：

此法止血可靠，用于四肢止血。

（1） 橡皮止血带止血法：先在缠止血带部位用纱布、棉花或伤员的衣服垫好，然后以左手拇、中指持止血带头端，右手拉紧止血带绕肢体两圈，并将止血带末端放入左手食、中二指之间拉回固定（图2—47）。

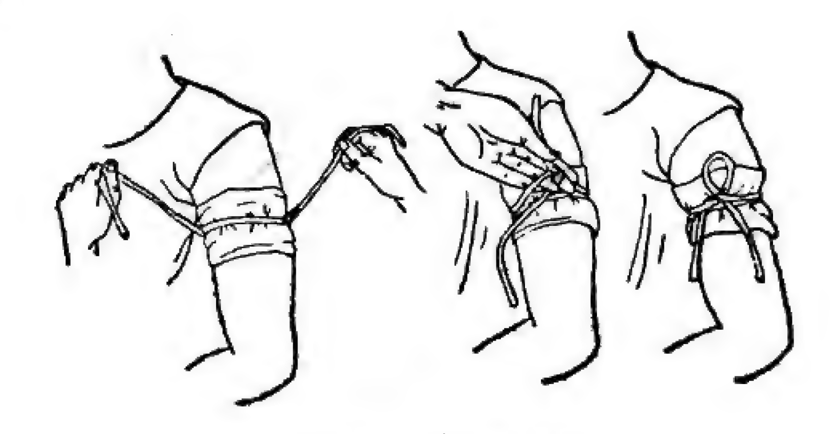


图2—47 上止血带法

（2） 临时绞紧止血法：用手巾折成垫放在伤口近心端的压点上，再用一条三角巾折成窄带，在垫上围绕肢体打活结，在结内穿一短棒旋转直到出血停止（图2—48）。

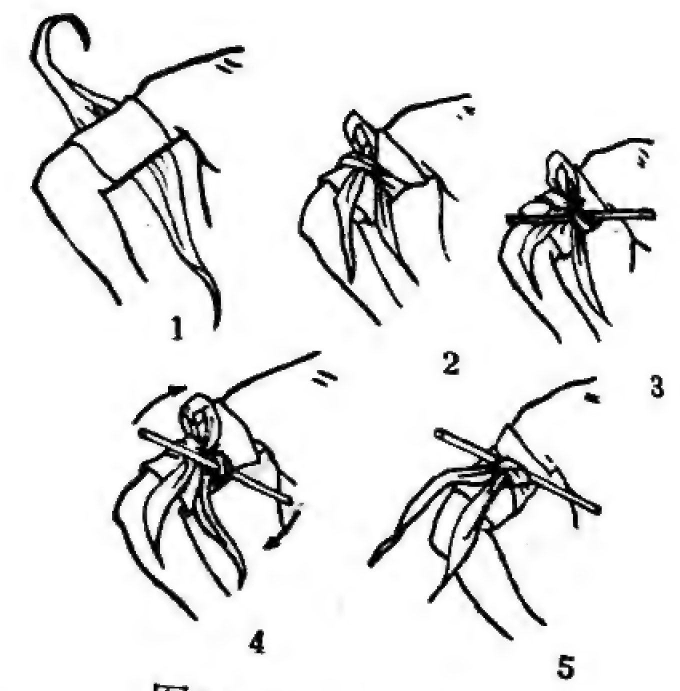


图2—48　绞紧止血法

使用止血带注意事项：

（1）　上止血带部位要在伤口以上，尽量靠近伤口处。上臂禁止缠在中 1/3 处，以免压迫桡神经，引起麻痹。

（2）　不能把止血带直接缠在皮肤上，必须用三角巾、毛巾等做成平整的垫子垫上，防止皮肤损伤。

（3）　缠止血带松紧要适当，过紧伤及神经。过松只压住了静脉而未压住动脉，反而出血更多。

（4）　上止血带的伤员要标明上止血带的时间和部位，迅速后送。

（5）　上止血带时间应尽量缩短，一般一、二小时，最长不要超过四、五小时。

3．加垫屈肢止血法

（1）　前臂或下腿出血，可在肘窝或腘窝处放上纱布卷、棉花等物，将关节屈曲，用绷带或三角巾将肢体紧紧地固定屈曲位置达到止血(图2-49、50)。

（2）　肘部或上臂下部出血，可在腋窝内放纱布卷、棉花等物，然后屈曲关节，将前臂置于胸前用三角巾将上肢紧紧缚于躯干上止血。



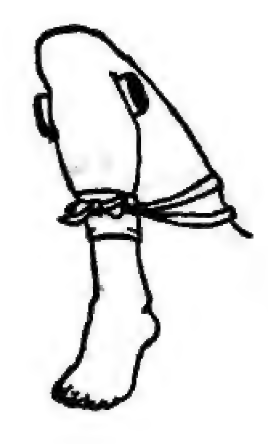


图2—49　肘窝加垫止血　图2—50　腘窝加垫止血

（3） 膝部或大腿部出血，可在腹股沟处放一圆枕，屈曲骨关节，用三角巾将其紧紧地固定在躯干上，即可压住股动脉而止血（图2—51）。

4．压迫绷带止血法：

小动脉、静脉及毛细血管出血时，用绷带紧紧缠绕压迫止血。

图2—51 膝部或大腿部止血法

5．草药止血法：

（1） 消炎止血粉：紫珠草4份，岗念三份，三桠苦三份共研细末，混合均匀，备用。每天敷一次。

（2） 檵木叶、冬青树叶各适量，白糖为引，捣敷伤口。

（3） 旱莲叶适量，白糖为引，捣敷伤口。

骨折固定

为了避免增加伤害，减轻疼痛，便于护送。因此必须掌握简便而迅速的骨折固定方法。

1．骨折固定的原则和方法：

（1） 若有出血，先止血，再包扎伤口，然后固定骨折。

（2） 固定只是不让断端移动，而不是整复，因此禁忌整复。

（3）固定前不要无故移动伤肢，避免加重伤员

…情和伤情。

（4） 夹板的长度宽度要与肢体相称，固定范围必须包括骨折部两端关节。

（5） 夹板不能与皮肤直接接触，要用棉花或…用品垫在夹板和皮肤之间，尤其在骨突部，要垫…，以防受压和不适。

（6） 固定时不能过松过紧，过紧会影响血液…环。

（7） 固定后要标明固定时间，迅速后送。

2．骨折固定材料常用的有下列几种：

（1） 木制夹板：用薄木和三合板做成，有丁…夹板，L型夹板。

（2） 铁丝夹板：可随意弯成各种角度。

（3） 临时夹板：就地取材，有木板、树枝、…杆、高梁秆、刀鞘、步枪等。

骨折固定用的敷料有两种：一种是垫在夹板与…皮肤之间；另一种是缠于夹板上的。常用的有三角巾、绷带、腰带、绳索、毛巾等。

3．身体各部位骨折固定法：

（1） 指骨骨折：先包好伤指，将略长于由指尖到手腕的夹板放在掌侧，再用绷带自手指尖缠到前臂中部。

（2） 前臂骨折：用棉花包好夹板，将肘关节屈曲，将四块小夹板放于四侧，用绷带缠紧，然后

用三角巾将前臂吊起。

（3） 肱骨骨折：用四块小夹板，放于四侧用绷带绑紧固定，然后用三角巾将前臂吊起（图2—52）。

（4） 锁骨骨折：8字绷带固定法(图2—53)。

（5） 小腿骨折：将两块自大腿中部到足跟长的夹板用棉花包好，放在下肢内外两侧，在骨折部上下二端、膝下、足和大腿中部，用三角巾作结固定（图2—54)。

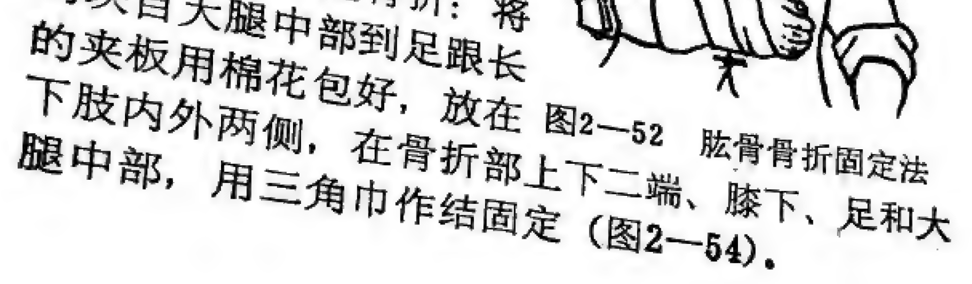


图2—52 肱骨骨折固定法

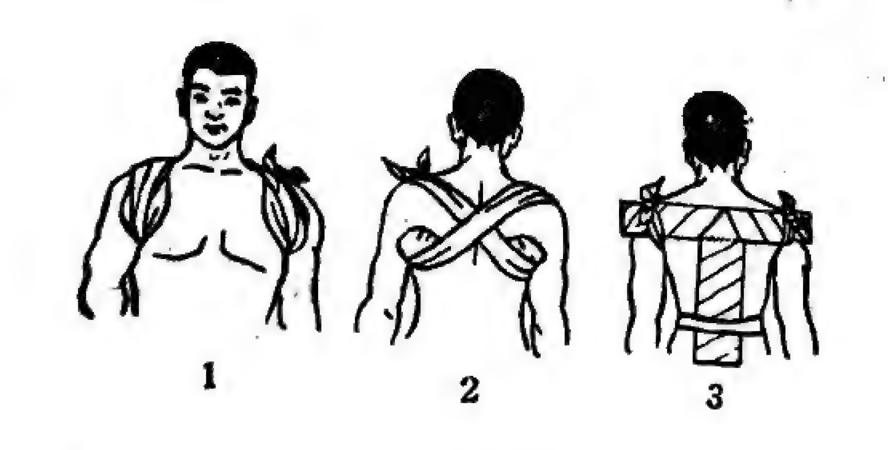
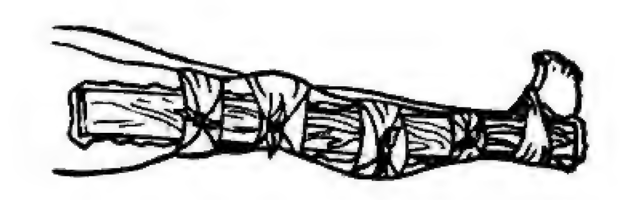


图2—53 锁骨骨折固定



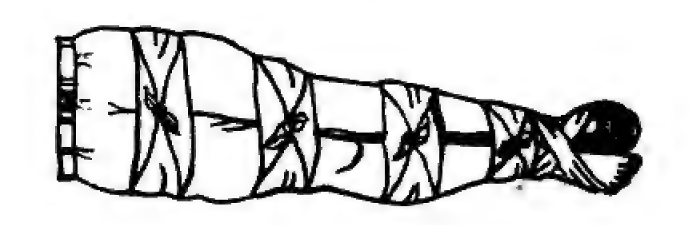


图2—54 小腿骨折固定

（6） 股骨骨折：外侧夹板长度由腋窝至足跟，内侧夹板长度由会阴至足跟，用5～7条三角巾，在腋下、臀下、骨折部上下、小腿、膝下、足跟作结固定，踝关节成直角（图2—55)。



图2—55 股骨骨折固定

搬 运

在搬运伤员时，我们要遵照伟大领袖毛主席的

教导："发扬勇敢战斗、不怕牺牲、不怕疲劳和连续作战（即在短期内不休息地接连打几仗）的作风。"迅速有效地把伤员搬运到目的地。搬运方法如下：

1．爬行搬运法：适用开阔地带。将伤员侧卧，把伤员侧放于自己屈曲的右腿上，左手伸过伤员的左臂下抓住伤员右手，右肘关节支起自己的上身，足跟用力蹬地前进（图2—56）。



图2—56　爬行搬运法

2．用雨布、帐篷布、大衣搬运法：平地、草原最适用（图2—57）。



图2—57　用大衣拖伤员

3．环形带搬运伤员法：带子从伤员身下穿过，将伤员骑在自己背上，姿前进（图2—58）。



图2—58　用环形带搬运伤员

4．8字带搬运伤员：将8字带的两个套分别套在伤员两条大腿的上

部，救护人员再把带子套在自己的身上，背着前进（图2—59）。

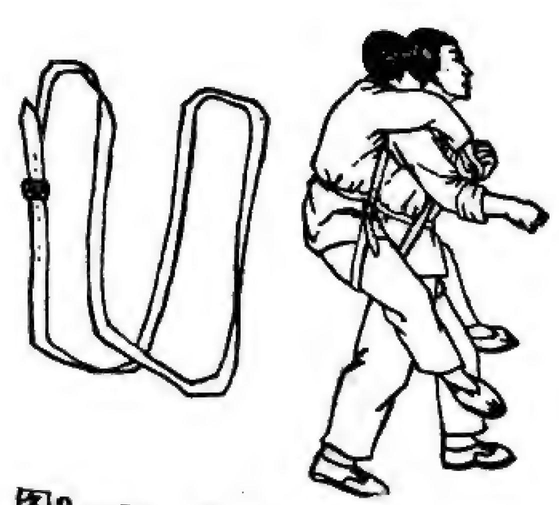


图2—59　用 8 字带搬运伤员

5．用担架带、木棒搬运法：

把担架带挎在自己肩上，将伤员扶起俯在自己的背上，将准备好的木棒从伤员臀部的下方横过，两端套在担架带的两个套里，伤员恰好坐在木棒的上面。救护人员用一只手在自己的胸前拉住伤员的双手，背着前进（图2—60）。

6．背伤员（图2—61）。

7．抱伤员（图2—62）。

8．二人徒手搬运伤员（图2—63）。



图2—60　用担架带木棒搬运伤员　　图2—61　背伤员



图2—62　抱伤员



图2—63　二人徒手搬运伤员

9．用担架搬运伤员：

（1）　在两根杠子的两头各绑上一根短横棍，中间用绳子交错地编起来，抬运伤员（图2—64）。

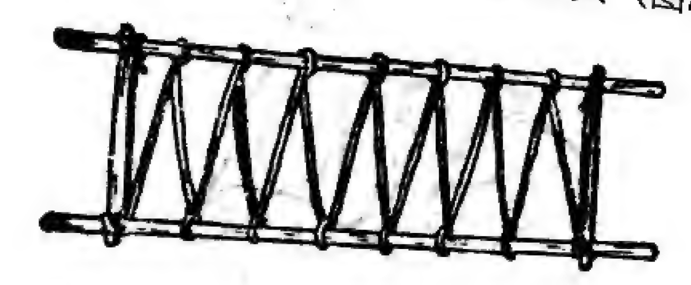


图2—64　用二杠子及绳子做临时担架

（2）　用门板作临时担架（图2—65）。

（3）　用雨衣、大衣、军服做成担架，搬运伤员（图2—66）。



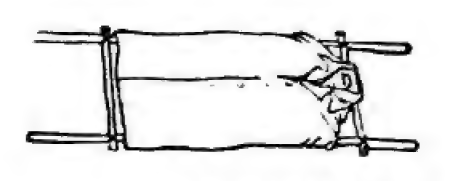


图2—65　用门板制做担架　图2—66　用服装做临时担架

“三　防”

美帝国主义和苏修社会帝国主义为了摆脱内外交困、走投无路的困境，他们相互勾结，狼狈为奸，疯狂地推行核讹诈政策。苏修、美帝企图对我国突然发动以原子弹为武器的侵略战争。但是，原子弹改变不了战争的根本规律。伟大领袖毛主席教导我们：**“武器是战争的重要的因素，但不是决定的因素，决定的因素是人不是物。”“原子弹是美国反动派用来吓人的一只纸老虎，看样子可怕，实际上并不可怕。……决定战争胜败的是人民，而不是一两件新式武器。”**这是我们粉碎美帝、苏修发动以原子弹为武器的侵略战争的强大思想武器，是我们防原子、防化学、防细菌的指导方针。只要我们充分发挥人的因素，加强防原子、防化学、防细菌训练，采取切实可行的“三防”措施，就可以避免或减少杀伤，取得粉碎敌人核战争、化学战争、细菌战争的胜利，把美帝、苏修埋葬在人民战争的汪洋

大海之中。

原子武器防护知识

（一） 什么是原子武器：

是利用原子能进行大规模杀伤破坏的武器。通常指原子弹和氢弹。原子武器可以装成原子炸弹、炮弹、地雷、水雷，利用导弹、火箭发射或飞机投掷。爆炸方式可分为地面（水面）爆炸、地下（水下）爆炸及空中爆炸。

（二） 原子武器的杀伤破坏作用：

原子武器爆炸后，产生四种杀伤破坏因素：

1．光辐射：

是原子武器爆炸后，高温火球发出的强光。能烧伤人员体表和使一些物质、建筑物燃烧。眼睛直视爆炸时的高温火球，可引起损伤或暂时性失明（闪光盲）。

2．冲击波：

冲击波是原子武器爆炸后最主要的杀伤破坏因素。其性质同台风相似，是一股高速、高压的空气浪。可使杀伤范围内的暴露人员发生骨折、肝、脾破裂、肺出血、鼓膜穿孔、胃、肠、膀胱破裂等，或因建筑物倒塌，造成挤压伤等损伤。

3．贯穿辐射：

贯穿辐射是原子武器爆炸时瞬间放出的具有穿透性的放射线，能破坏人体细胞组织的正常功能，使无掩蔽的人员产生各种程度的放射病及皮肤放射性损伤。

以上三种杀伤因素都是在原子武器爆炸瞬间产生的。这三种杀伤因素受各种条件的影响很大，建筑物、工事及土丘、山岗的反斜面，密林、植物以至下雨、下雪都可以使这三种杀伤因素的作用大大减弱。坚固的防御工事或正确地利用地形地物，都可以减少或完全避免这些杀伤因素的伤害。

4．放射性物质沾染：

原子武器爆炸后可以产生具有放射性的物质，这些放射性物质可以通过消化道、呼吸道或伤口侵入人体。侵入人体的放射性物质大部分由粪便及尿中排出，只有小部分留存在体内，对各种组织造成损伤。使人体产生放射病。

（三） 原子武器的防护方法：

原子弹、氢弹同世界上一切事物一样，也有两重性。它们既有一定的杀伤破坏作用，又有很大的局限性和可预防性。只要我们掌握原子武器四种杀伤破坏因素的特点，认真做好防原子的各项准备工作，原子武器是完全可以防护的。

1．个人防护动作：

（1） 听到警报后，非战斗人员应立即进入工事或防空洞。关好门窗，关闭室内电灯，熄灭炉

火，防止火灾发生。

（2） 发现原子弹爆炸的闪光时，在堑壕或交通沟内的人员，应立即伏卧在壕底；室内人员应立即卧于朝爆炸方向的墙角下，避开门窗及火炉。在旷野中应立即选择离自己三、五步远的土丘、断墙、沟渠、弹坑进行隐蔽。若无隐蔽物应脚朝爆炸方向，脸朝地面卧倒，双手置于胸下，闭上眼睛，张开口，防止震破耳膜（图2—67至72）。过十几秒再待冲击波过去后，就可以起来继续战斗。

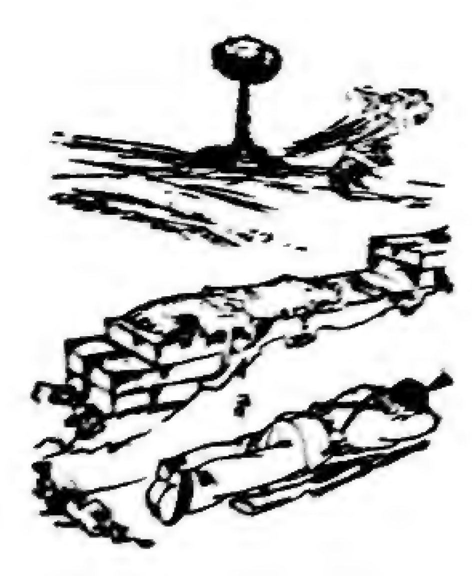


图2—67 原子弹爆炸时在断墙后隐蔽

图2—68 原子弹爆炸时在壕底隐蔽



图2—69 原子弹爆炸时在弹坑内隐蔽



图2—70 原子弹爆炸时在土丘后隐蔽



图2—71 原子弹爆炸时在断树后隐蔽

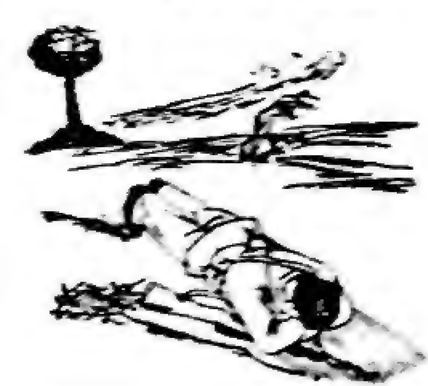


图2—72 原子弹爆炸时在开阔地隐蔽

（3） 爆炸后立即进行互救自救，戴好口罩，披上雨衣、大衣，防止放射性沾染。战斗人员应整复工事，以**“压倒一切敌人，而决不被敌人所屈服”**

的英雄气概，准备狠狠歼灭入侵之敌。非战斗人员应迅速离开爆炸沾染区，或进入指定掩蔽所。

2. 简易防护措施：

（1） 防光辐射：任何不透光的物质都可以起到防光辐射的作用；浅色或白色的衣服也可以减轻烧伤；冬季戴手套、口罩，放下皮帽耳，都可以减轻或避免光辐射的烧伤。

（2） 防冲击波：土丘、山岗的反斜面以及弹坑、地垄沟、森林都可以减弱或避免冲击波损伤作用。卧倒可大大减弱高速气浪的冲击作用。放置耳塞（棉花球、布塞等），冬季放下棉帽耳可以防止鼓膜破裂。

（3） 防贯穿辐射：物质密度越大，厚度愈厚，对贯穿辐射防护效果愈好。因此，加固工事，加厚土层是最简便而有效的办法。冬季在工事复土层上浇水结冰也能增加对贯穿辐射的防护作用。

3. 工事防护：

（1） 堑壕、交通沟为最常用的工事，核爆炸时卧于壕底，可以减轻或避免光幅射、冲击波及贯穿辐射的损伤（图2—73）。

（2） 在堑壕侧壁上挖单人或双人掩体（猫耳洞），有更好的防护作用（图2—74）。

（3） 坚固的掩蔽部及坑道、地下室、地下铁道对核爆炸有良好的防护作用，甚至可以完全避免

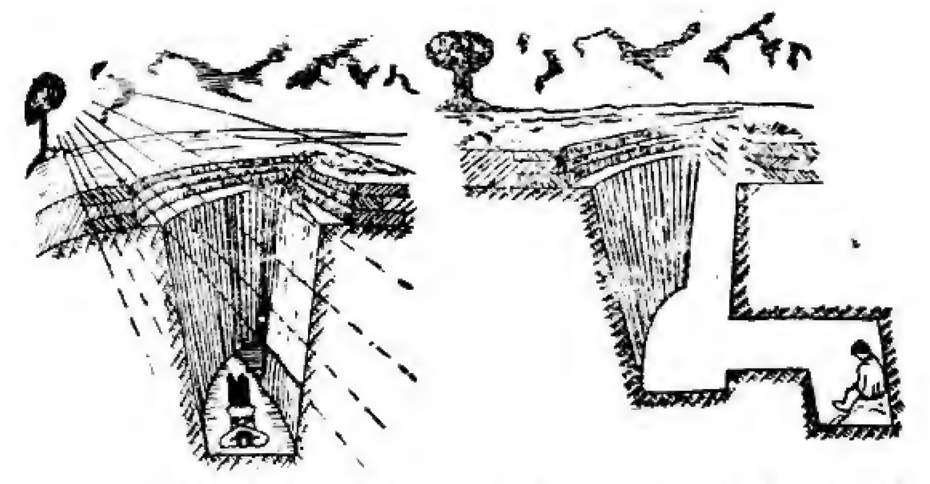


图2—73　在堑壕内进行隐蔽　图2—74　在猫耳洞内隐蔽

核爆炸的损伤。

4. 消除放射性沾染：

为了使人员免受放射性物质的损害，应及时除掉身体及周围物品上的放射性物质。

（1） 防止放射性物质进入体内。原子武器爆炸后，应戴口罩，在爆炸区不要吸烟，不随便吃食物和喝水，不要随便坐卧。尽量缩短在沾染区域停留的时间。

（2） 体表洗消方法：重点是身体的暴露部位，如脸、颈、手，可先用毛巾、棉花轻轻擦去皮肤上的灰尘、液滴，然后用水和肥皂洗涤。水不足时可用毛巾、棉花浸湿后擦拭。防止擦破皮肤。同时，用净水漱口、冲洗眼睛、擤出鼻涕，最后可进行

全身彻底洗澡。洗澡时要将耳廓、头发、指甲、眼角、口角等处洗净。

（3） 服装及各种物品消除沾染：

在局部消除沾染时一般不脱服装，直接自上而下抖拂、拍打、扫除或用破布擦拭，外衣可脱下抖拂，但应注意风向。对各种物品也可以用抖拂、拍打、扫刷方法消除沾染，或用水洗刷（图2—75）。



图2—75 用未沾染的水清洗消除沾染

（4） 水及食物消除沾染：

沾染的水可以用沉淀法（加入明矾、小苏打搅拌后静置半小时取上层清洁水食用），过滤法（可根据条件选用活性炭、粘土、砂土进行过滤后食用）消除沾染。食物可用水洗法消除沾染，也可铲除表层取里层食用，或将食物保存一段时间后待放射性物质蜕变到允许剂量标准后再食用。

（四） 急性放射病的防治：

1．急性放射病的症状：

机体受到大剂量的贯穿辐射或放射性物质沾染可以产生不同程度的急性放射病。轻度急性放射病只表现为头晕、头痛、恶心、呕吐、食欲减退等，不经治疗也可在短期内自愈。中、重度急性放射病，临床上有较明显的分期，一般分为四期：初期、假愈期、极期、恢复期。

（1） 初期：机体受核辐射后数小时即出现，表现为疲乏、头昏、头痛、失眠、食欲减退、恶心、呕吐等症状，一般持续1～3天。放射病愈重，上述症状出现愈早、愈重。极重者可出现腹痛、腹泻。

（2） 假愈期：上述症状消失，但造血机能障碍逐渐加重。化验检查可见血液中白细胞、血小板及淋巴细胞减少，持续二十天左右。病愈重此期愈短。此期末可出现脱发及粘膜出血现象。

（3） 极期：为病情最严重的时期，主要表现有以下几点：

① 造血功能障碍严重：白细胞、红细胞、血小板、淋巴细胞都显著减少。其中白细胞可减少到1000以下，红细胞可减少到250万以下。

② 出血症状：粘膜、齿龈、颊粘膜、结合膜都可有出血。皮肤也可有出血点或出血斑。严重者可出现尿血、便血、咯血、子宫出血及颅内出血。

③ 感染严重：发烧，也可出现牙龈炎、咽峡炎、扁桃体炎。

④ 胃肠功能紊乱，可有恶心、呕吐、腹泻、腹痛、拒食等。

⑤ 水电解质平衡失调及神经系统功能紊乱而致烦躁不安，表情淡漠，血压降低等症状。

（4） 恢复期：经妥善治疗后，病员可很快进入恢复期。此期上述症状得到控制，身体情况好转，毛细血管也可再生。病员逐渐恢复健康。

2. 急性放射病的治疗：

我们应当遵照毛主席**"按照实际情况决定工作方针"**的教导，抓住急性放射病各期的主要矛盾，及时地、有效地、合理地进行治疗。

初期：以镇静及预防感染为主。如给苯海拉明25毫克，每日三次，口服；胃蛋白酶0.3～0.6克，每日三次，口服；长效磺胺0.5克，每日一至二次，口服。必要时可给三溴片0.3克，眠尔通0.4克。

假愈期：以预防感染、控制出血、刺激造血功能再生为主。如给予长效磺胺0.5克，每日二次，口服；青霉素20万单位，每日二至四次肌注；维生素C300毫克，$B_1$20毫克，$B_2$10毫克及路丁20毫克，每日三次，口服；维生素B_{12}50～100微克，每日一次，肌注。

极期：以抗感染、抗出血、纠正水电解质紊乱

主。抗感染可采用大剂量，联合给药措施。抗菌选择可按青、链霉素⟶四环素⟶红霉素、氯素⟶卡那霉素、多粘菌素的顺序选用。抗出血可给维生素K 4毫克，每日三次，口服。此期可断（每隔二至四天）输少量血（150～250毫升）。针对病情输入生理盐水、林格氏液，1/6克分子酸钠液等，以维持水电解质平衡。

恢复期：应注意加强营养，促进造血功能再生和防止再感染。

化学武器防护知识

（一） 化学武器的种类及使用：

1. 分类：美帝、苏修可能使用的几种主要毒剂，按照毒害作用的特点，大体上可分为五类：

（1） 神经性毒剂：是一种含磷的毒剂。毒性强、作用快，能通过眼睛、呼吸道和皮肤等途径，破坏神经系统正常功能，使人员中毒，引起瞳孔缩小、视力模糊、呼吸困难、肌肉跳动，严重者可因全身抽搐致死。主要毒剂有沙林、塔崩、梭曼。

（2） 糜烂性毒剂：使人的皮肤和呼吸道发生糜烂，如红肿、起泡，以致溃烂。严重者可引起全身中毒。主要毒剂有芥子气、路易氏剂。

（3） 窒息性毒剂：主要伤害呼吸器官，引起肺水肿，出现呼吸困难、缺氧。严重时使人窒息

(喘不过气来)而死亡。主要毒剂有光气、双光气。

(4) 全身中毒性毒剂：使人血液和全身组织细胞中毒引起机体缺氧和全身机能障碍，严重者能立即死亡。主要毒剂有氢氰酸、氯化氰。

(5) 刺激性毒剂：刺激眼睛和呼吸器官，引起流泪、咳嗽和打喷嚏。主要毒剂有苯氯乙酮、亚当氏气。

2. 毒剂的使用方法：

(1) 爆炸法：利用炸药的爆炸力量分散毒剂，使毒剂成气雾状或烟雾状。施放器材有：毒剂炮弹、毒剂炸弹、毒剂地雷或毒剂导弹头等。特征是：爆炸声音低沉，弹坑有油状液滴，出现白色或其他颜色毒气团，可能嗅到特殊气味。

(2) 布洒法：利用气体压力，把容器中的液体毒剂压出后成液滴或雾态喷洒。施放器材有地面洒毒车和航空布洒器。特征是：飞机布洒时其经过航路出现一条黑色带子或烟雾带，迅速下降扩散，地面和物体上出现油状液滴，有时嗅到特殊气味或见到毒死的昆虫。

(3) 加热蒸发法：利用燃烧剂燃烧时的高温，使固体毒剂蒸发成蒸气或烟状。施放器材有：毒烟罐、毒烟手榴弹、毒烟炸弹等。特征是：毒烟罐和毒烟炸弹燃烧时发出闪光，燃烧地点上空出现顺风向移动的烟云。可嗅到毒剂特有的气味，眼

睛和呼吸器官受到刺激。

(二) 化学武器的特点及防护：

1. 化学武器的特点：

(1) 毒害范围广：毒剂施放后能毒染一定范围的空气和地面。

(2) 中毒途径多：毒剂能通过呼吸道、消化道、皮肤、眼睛和伤口等途径使人、畜中毒。

(3) 作用时间长：毒剂施放后在一定时间内仍能保持杀伤作用。有些毒剂杀伤作用可以持续几小时甚至几天。

(4) 受天气、地形的影响大：刮风、下雨、下雪都能大大减低毒剂的效能，山地、丘陵等地形也能影响毒剂的扩散。

2. 化学武器的防护：

(1) 使用防护器材：

听到化学袭击的警报或发现敌人施放毒剂时，应立即戴上防毒面具。没有防毒面具时，可用手帕、毛巾或简单口罩浸水蒙住口、鼻。浸过碱水、氨水的口罩、毛巾可以有效地防护神经性毒剂和氰类毒剂。用雨衣、斗篷、床单、毯子、厚纸或其他就便器材，保护皮肤，可以防止或减轻毒剂对皮肤的损伤。

(2) 及时进行隐蔽：

毒剂最易在森林、凹地或山谷中滞留，因而应

该尽快地离开这些地带，到地势较高的地方。有条件时可进入防毒掩蔽所或防毒坑道中。

（3） 集体防护：有条件时应在坑道、掩蔽部、防空洞、地下室等处安装密闭门，也可用棉被、毯子、大衣、多层麻袋片做成防毒门帘。工事的缝隙要用黄泥堵住，防止染毒空气渗入。

（4） 遵守染毒区行动规则：

在染毒区不随便坐卧，少在草丛、树丛中行动，不要随便脱下服装或整理服装，禁止饮水、进食和吸烟，离开染毒区后，应尽快进行人及器材的洗消。

（三） 毒剂中毒的救治：

1. 紧急处理：

（1） 及时地进行自救、互救：

毒剂可以使人在短时间内中毒，甚至丧失生命。所以必须分秒必争，以先重后轻的次序进行抢救。

（2） 防止人员继续中毒：

给中毒人员及时戴上面具，皮肤、服装上如果发现有毒剂液滴，应立即用水冲洗或用棉花破布等擦去。在染毒区外应用净水或2%碳酸氢钠液洗眼、漱口。若误食毒染水或食物时，应设法催吐。暴露的体表可用棉花、布块等沾汽油、酒精或肥皂水进行擦洗，最后用清水进行全身冲洗。

（3） 维持呼吸、循环机能：

对呼吸微弱或暂停的人员应行人工呼吸或口对口呼吸，心跳暂停时行心脏按摩。

2. 治疗原则：

（1） 局部治疗与全身治疗相结合。在局部进行洗消时应同时积极进行全身中毒治疗。

（2） 特效对抗药物治疗与综合治疗相结合。中毒人员经特效对抗药治疗后，应继续给以相应的综合治疗措施，以促进健康的恢复，减少合并症及后遗症。

（3） 常用抗毒药用法及剂量（附表）

抗毒药名称	对抗毒剂种类	用法	剂量
硫酸阿托品	神经性毒剂	肌肉或皮下注射	2～4毫克，必要时每隔15～30分钟重复注射一次
解磷毒	神经性毒剂	静脉注射	300～600毫克，可与阿托品合用，必要时每隔30～60分钟重复注射
硫代硫酸钠	芥子气、氰类毒剂	静脉注射	25%50～60毫升，间隔1～3小时可再给半量
二巯基丙醇	路易氏毒剂	肌肉注射	10%1～2毫升，第一天每6小时注射一次，第二到第七天每天2次，七天为一疗程
亚硝酸异戊酯	氰类毒剂	捏破后吸入	0.2～0.3毫升，安瓿，一次吸入30秒钟，间隔2分钟后可再吸入一安瓿，不超过5～6安瓿

（四） 染毒水的消毒

染毒水饮用前均需消毒。消毒前先静置，使水中未溶解的毒剂液滴下沉后，取上层水进行消毒。消毒后的水，经检验证实无害，方可饮用。

1. 煮沸法：

煮沸前可先用明矾沉淀。煮沸时注意通风，最好在露天进行。

（1） 神经性毒剂，芥子气毒染水时需煮沸20～30分钟。

（2） 路易氏毒剂染水时，先加些氢氧化钠或碳酸氢钠使水变成碱性，再每升水加入三氯化铁0.4克，煮沸半小时后取上清液饮用。

（3） 氰化物或氯化氰毒染水，可每升水加醋酸3～4毫升或食用醋数勺，煮沸。

2. 过氯化——混凝——过滤法

（1） 过氯化：

根据水中毒剂浓度加入一定量漂白粉，一般每100升水，加漂白粉100克。方法是把漂白粉研成粉，加少量水调成糊状，再用水调稀，注入染毒水中搅拌5分钟，静置10～20分钟。

（2） 混凝：

取混凝剂硫酸亚铁50～100克研细，加入上述水中搅拌5分钟，静置使其沉淀。

（3） 过滤：

取上述处理过的水，用布炭滤水器（图2—76）过后即可饮用。

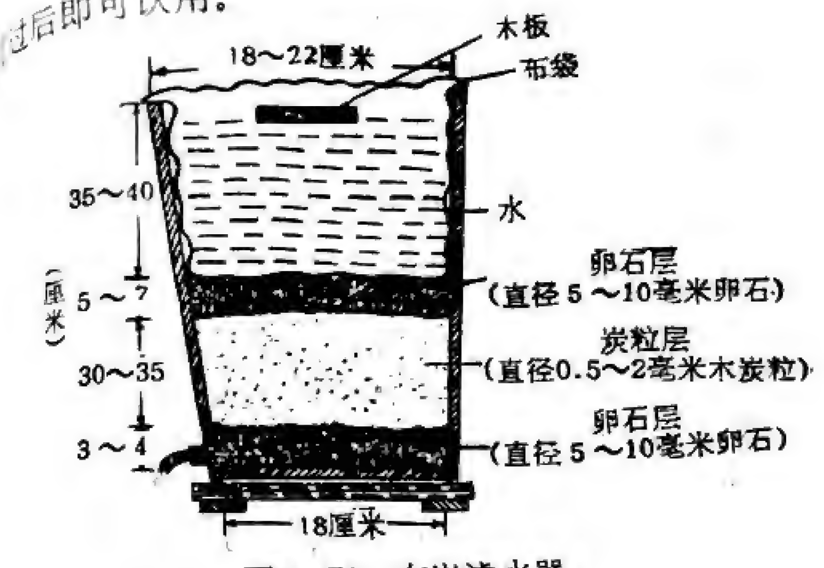


图2—76 布炭滤水器

水被氰化物染毒，经上述方法处理后，还应加氢氧化钠消除在过氯化中产生的氯化氰，然后再饮用。

3. 染毒食物的消毒：

（1） 气态毒剂染毒食物的消毒：

粮食、盐、糖等染毒，可放置通风处，待毒剂气味消失为止。

肉类、鱼类和蔬菜染毒时，可用温水洗涤至毒剂气味消失。

（2） 液态毒剂、毒气或毒烟染毒食物的消毒。

一般除去毒染表层，其余部分通风或洗涤后可食用。

细菌武器的防护知识

（一） 细菌战剂种类及施放方法：

1．美帝、苏修可能使用的细菌战剂主要有：

细菌：鼠疫、霍乱、炭疽、野兔热（土拉杆菌）。

毒素：肉毒毒素。

立克次氏体：寇热、流行性斑疹伤寒。

病毒：天花、黄热病、森林脑炎等。

2．细菌战剂的施放方法：

（1） 喷洒细菌气溶胶：细菌气溶胶是由喷洒在空气中的生物战剂微小颗粒形成的气雾团，经呼吸道使人感染得病。使用细菌气溶胶的特点是：污染范围广，发挥作用快，不易发现。但受气象条件影响很大，使用时有一定的限制。

（2） 投掷细菌弹：将细菌或带菌昆虫、动物（蚊、蝇、蚤、蝼、鼠等）装填在炸弹内投掷。

（3） 其它方法：直接投扔或派遣特务施放带菌的羽毛、纸屑、粮食等污染食物和水源等。

（二） 细菌武器的特点：

1．有较强的致病性和传染性：

作为细菌战剂的病菌，具有毒力大、致病性强的特点，多数疾病都有传染性，若不及时采取防疫措施，可互相传播，造成疾病的流行。

2．污染范围广，危害作用持久：

细菌战剂可造成一定地区的污染、多数病菌在外界环境中对各种不利条件有一定抵抗力，因此可在较长时间内保持其致病力和传染作用。

3．不易侦察发现：

细菌气溶胶无色、无味而且敌人又多在夜间使用，故不易发觉。

4．没有立即伤害作用：

病毒侵入人体到引起发病都有一段潜伏期。短者几小时，长者需一、二周后才发病。这样我们就有可能在这段时间早期诊断，采取积极治疗措施，防止疾病的发生。

5．有特定的感染途径：

病毒侵入人体都有特定的途径，如通过呼吸道、消化道、皮肤粘膜、伤口以及被带菌昆虫叮咬后感染。

6．受自然和人为条件影响大：

细菌战剂大部为活的微生物，所以气候的冷热变化、下雨、下雪或强烈的阳光都对其有较大的影响，减少其致病作用。打了预防针或穿戴防护服装，可避免感染或感染后不得病。

（三） 细菌武器的防护：

1．个人防护：

（1） 对细菌气溶胶的袭击可戴防护口罩和护目镜。无防护口罩应以普通厚纱布口罩，四层毛巾或多层手帕掩盖口鼻，配戴通风镜。暴露的皮肤可穿戴防毒衣，防毒靴套及防毒手套。无上述装备可利用大衣、斗篷、雨衣、罩衣、高统雨鞋、普通手套代替，但应扎紧袖口、裤腿口、领口，上衣束在裤内防昆虫叮咬。

（2） 通过污染区时应穿戴防护服装，避免扬起尘土和接触污染物品，禁止饮食和吸烟，不在污染地区坐卧。乘车通过时应紧闭车门、车窗。

2．集体防护：

利用有滤过通风装置的掩蔽部，有纱窗、竹帘的房屋可防带菌昆虫进入。

3．食物、水源和其它物质的防护：

（1）食物应贮藏于密闭的掩护部、密闭箱或其他不透气的容器内。紧急情况下，可用数层厚布严密遮盖。个人带的食物须装入塑料袋或用厚纸、厚布严密包扎。

（2） 水源应严密保护，贮水容器必须加盖。所有怀疑受污染的饮水，不经煮沸或氯化消毒时不可饮用。

4．污染区的消毒处理：

（1） 迅速确定污染区，禁止人员出入，禁止任何未消毒的物品运出。

（2） 发动群众，做好个人防护后人人动手采取一切有效措施对污染区进行消毒，在地面喷洒漂白粉、石灰水等，并立即用火烧、扑打、深埋等办法，消灭一切敌投毒物和昆虫。

5．疫苗接种：是防护细菌战的重要措施，若使用适当，可防止病菌的感染发病，或减轻症状，缩短病程。

（四） 细菌战剂感染的治疗原则：

1．作为细菌战剂的病菌致病性及传染性均较强，因此在治疗过程中应早期诊断，及早治疗。

2．被感染的病人应就地治疗，这样既对病人的治疗有利，又可防止疾病的播散与流行。

3．在抗菌素的使用上应大剂量，联合使用，疗程要足够长，尽快控制疾病，防止播散复发。

4．特效治疗的同时应注意营养的补充和并发症的治疗。

〔附1〕 鼠疫的防治

在日本帝国主义侵占我国东北时期，就曾在东北各地设置了制造鼠疫细菌武器的工厂，并且在投降前夕释放出大批带有鼠疫的病媒动物，造成了鼠疫的大规模流行，对我国人民犯下了滔天罪行。解放后，在党中央和毛主席的亲切关怀下，我省广泛开展了群众性的鼠疫防治工作，很快就取得了消灭人

间鼠疫的伟大胜利。现在，美帝国主义和苏修社会帝国主义继承了日本帝国主义的衣钵，正在疯狂地加紧制造鼠疫等细菌武器，阴谋进行侵略战争。我们必须百倍提高警惕，做好粉碎敌人细菌战争的一切准备。

鼠疫是由鼠疫杆菌引起的急性烈性传染病。其主要传染源是鼠类，经跳蚤在鼠间传播，感染了鼠疫菌的跳蚤吸人血时，也可使人感染而发生腺鼠疫。腺鼠疫多发生在6～9月间，也就是鼠类和蚤类的繁殖季节。腺鼠疫可续发肺鼠疫，通过飞沫传播而引起原发肺鼠疫。鼠疫是鼠类间的传染病，在人间鼠疫发生之前，多先在鼠间流行，具有明显的季节性。

诊断

1．病人在发病前十天内，曾有接触敌人投撒的细菌战剂，蚤、鼠等或类似病人的历史。

2．各型鼠疫症状不同，但初期全身症状大致相似。起病突然，寒战后体温急升至39～40℃，头痛，不安，颜面和眼结膜极度充血而且迈步不稳，象喝醉酒一样。查体可见肝脾肿大，脉搏速微，心音低弱，血压逐渐下降，并常出现皮肤瘀血点或皮下出血以及严重的神经症状。

3．腺鼠疫：是鼠疫中多见的类型，且多见于流行初期，以急性淋巴腺炎为特征。腺肿部位以腹

股沟为最多 也见于腋窝或颈部，肿胀发展迅速，有剧烈的疼痛和触痛，与皮肤有粘连而不累及深部，很快出现化脓与坏死。

4．肺鼠疫：发病就有胸痛、咳嗽、发绀、呼吸困难，咯痰先是稍带泡沫的粉色水样痰，以后变为酱红色血痰。肺部检查可发现少数湿性罗音。若不及时救治，病人常在1～4天内死亡。

5．败血型鼠疫：原发性败血型鼠疫，无固定病灶，病人常发生严重的脑炎症状，由谵妄而很快进入昏迷，并常伴有粘膜下出血、皮下出血、鼻衄、咯血、血尿等。若不立即抢救，病人常在24小时内死亡。

防治措施

1．发现疑似病人后，要结合病史正确判断，立即报告革委会和上级卫生部门。

2．在革委会领导下，隔离病人，封锁疫区，并按上级指示进行灭鼠、灭蚤和预防接种工作。

3．链霉素对鼠疫疗效最好，成人每日肌注2～4克，隔4～6小时一次，退热后酌情减量，并继续注射三天。

〔附2〕 冻伤的防治

冻伤是因寒冷所引起的局部体温调解机能和血液循环障碍而造成的组织损伤。

解放后，由于劳动人民生活水平的极大提高及劳动条件的巨大改善，严重冻伤平时并不多见。但在野战情况下，尤其是在高山及严寒地带行军作战，冻伤还是很常见的。

目前，美帝、苏修互相勾结，疯狂反华，苏修叛徒集团不断侵犯我国神圣领土，这是需要认真对付的，我们一定要遵照伟大统帅毛主席"**提高警惕，保卫祖国**"的伟大教导，做好反侵略战争的一切准备。一旦战争发生，我们"赤脚医生"就立即行动，奔赴前线，发扬"**一不怕苦，二不怕死**"的彻底革命精神，积极投入战斗和进行战地救护。为此，我们一定要掌握好冻伤的防治措施。

发病原因

1．寒冷：是发生冻伤的主要原因。机体在寒冷环境中，当防护条件差，体温调节障碍，产热与散热失去平衡，即可引起冻伤。

2．潮湿：在寒冷环境中，穿着潮湿的衣服、鞋袜或脚汗过多时，可加速体温的放散，容易冻伤。

3．风：在寒冷条件下，风速越大，越易散失体热而发生冻伤。

4．此外，皮肤接触冷物使局部组织温度下降，着装不当（过小、过紧）使局部组织血液循环障碍，以及机体过度疲劳、饥饿、睡眠不足，耐寒锻炼差等，均易在寒冷时发生冻伤。

诊断

1．局部灼痒；

2．红肿；

3．疼痛；

4．水泡；

5．组织坏死。

根据冻伤的程度一般可分为三度。

一度：患肢麻木、红斑、稍肿、刺痒、疼痛、愈后不留疤痕。

二度：水泡、肿痛加剧，累及皮肤浅层。

三度：皮肤干性坏死，与健康皮肤界限清楚，累及皮肤全层、深部组织及骨骼，愈后留有疤痕。

预防

对于冻伤必须贯彻以"**预防为主**"的方针，一切为战时着想，作好冻伤预防工作。

1．发挥人的主观能动性，战严寒，防冻伤。寒冷虽是冻伤的重要因素，但不是决定的因素，决定的因素是人。因此，只要以毛泽东思想为统帅，发扬"**一不怕苦，二不怕死**"的大无畏革命精神，在战略上藐视它，战术上重视它，积极锻炼并采取有效的预防措施，就一定能战胜严寒，避免冻伤。

2．以动抗寒，如出操、冬训、冷水洗脸、冷

水浴，在寒冻条件下工作时经常活动等，都能增强机体抗寒能力，达到以练胜寒，抗寒防冻的目的。

3. 主动灵活，御寒防冻伤。

做好着装及御寒准备。着衣要注意防寒，鞋袜不宜过紧，并保持干燥。还可利用废旧衣物以及乌拉草、玉米包叶等，自制合适的手套、耳套、护膝、鞋垫及包脚布等。既体现“**自力更生**”精神，又达到防寒的目的。

治疗

1. 针刺：宜早期应用可促进早愈。

上肢：曲池透少海、劳宫。

下肢：解溪、通谷。

耳部：耳门、角孙、医风。

鼻面部：印堂、巨髎、迎香。

2. 中草药：

（1） 茄杆或茄根，加水10～15倍，煮沸过滤，待水温至30～40℃，浸洗患处，每日1～2次，一次20分钟。

（2） 辣椒煎水洗患处，每日1～2次。

（3） 山楂置火盆边上烤软，去皮用肉涂患处。每晚睡前用热水洗后涂，连涂三次。

（4） 大萝卜切成薄片，煮熟，趁热贴患处。或用萝卜叶煎水洗患处，每日1～2次。

（5） 蜂蜜加甘油混合涂抹，每日数次。

（6） 鲜山药加红糖等量捣成泥，敷患处。每日1～2次。

（7） 蛋黄油加冰片少许，涂敷破溃处，每日1～2次。

（8） 苦楝子2两，煎水洗患处，用于经久不愈者，每日数次。

（9） 枯矾1两，加干姜1两，共研成末外敷，两天换药一次。

皮肤皲裂的防治

皮肤干燥裂口，疼痛，出血，妨碍活动。多见于手、足。

防治

1. 常用热水浸泡手足，然后涂油类，如猪油、甘油、蛤蜊油、凡士林油等，可预防皲裂。

2. 裂后用5～10%的水杨酸或硫黄软膏涂搽，每日1～2次。

3. 用橡皮膏贴在裂口上，可减轻疼痛。

〔附3〕 汗脚的防治

手脚出汗是人体的正常现象。若出汗特别多时，甚至浸湿鞋袜则称汗脚。

汗脚在冬季易引起冻伤，所以做好汗脚的防

治，对预防冻伤非常重要。

防治

1．针刺：肾俞、复留。

2．煅制明矾20%，乌洛托品25%，硼酸5%，滑石粉50%，制成散剂，洗脚后撒上，每次用5克，擦足掌及趾间。

3．用20%福尔马林溶液，每晚睡前用棉花或纱布浸湿擦趾间、足底及两侧，经2～3分钟后再擦一次，连用4～6次有显效。50～60天后再用。

4．可用甘草浸液治疗。甘草1两浸入75%酒精100毫升中，24小时后过滤，再加入等量的甘油和水即可外用。

5．水杨酸0.3克，加滑石粉30克或硼酸5克，加氧化锌30克，混成粉剂撒在脚上。

6．大量出汗时，用1:10的高锰酸钾热溶液洗泡手足，一次15～20分钟。

〔附4〕 雪盲的防治

雪地反射出的红外线和紫外线作用于人体的眼睛而产生角膜及结合膜的损害称雪盲。眼睛受作用后，开始有沙粒刺激感，继而灼痛、流泪、畏光、眼睑痉挛。检查可见结合膜充血。上述症状多在作用6小时后发生。通常无严重后果，但给患者造成痛苦和不安，甚至影响战斗力和劳动力。

因此，在雪地长时间工作和战斗的人员需戴护镜，或在普通眼镜涂上颜色，以预防雪盲发生。发生雪盲者，可在暗处闭目休息，用凉的洗剂洗眼或涂敷。必要时须用0.25%地卡因或鱼肝油滴眼，疼者可用镇痛药。

三、新医疗法

新针疗法

新针疗法是在战无不胜的毛泽东思想指引下，在祖国传统的针灸疗法基础上创建和发展起来的，是无产阶级文化大革命中涌现出来的新事物，是毛主席无产阶级医疗卫生路线的伟大胜利。新针疗法新就新在有伟大的毛泽东思想统帅，突出无产阶级政治，新就新在我们“赤脚医生”对伟大领袖毛主席无限忠心，新就新在我们“赤脚医生”对广大工、农、兵的深厚的无产阶级感情。新针疗法不仅是治疗方法的改革，而且是政治思想战线上的一场革命。它的出现，丰富了祖国医学的伟大宝库，为医学史上增添了新篇章。新针疗法的出现，是对叛徒、内奸、工贼刘少奇反革命修正主义医疗卫生路线的有力批判，使一个个“不治之症”变为可治之症，不少被资产阶级医学“权威”判了“死刑”的病人获得了新生。新针疗法推进了医学教育革命，开辟了中西医相结合的道路。新针疗法的普及

和推广有利于巩固和发展合作医疗制度，有利于落实毛主席“**备战、备荒、为人民**”的伟大战略方针。

针灸为什么能治病呢？根据毛主席“**事物发展的根本原因，不是在事物的外部而是在事物的内部，在于事物内部的矛盾性**”的教导，我们认为针灸治疗疾病也是“**外因通过内因而起作用。**”人体的一切无时不在运动着，“**运动本身就是矛盾。**”因此人体是矛盾着的、对立统一的有机整体。当这个有机整体与外界环境不适应时，或机体内部矛盾发展到超限变化时就发生伤病，也就是人体原来正常生理机能发展到病理状态或者伤残状态。我们借助针或灸这个外因条件，作用于机体某一部分，即刺激到机体某些反应较强的敏感区域——穴位，再通过神经、体液、经络等引起内因的变化，起着抑制、兴奋、动员、调节作用，使机体超限度的矛盾或破坏状态即病理或伤残状态，又恢复到完整性和统一性，恢复到正常生理机能，这就是针灸这个外因通过机体内因起到了治疗作用的过程和结果。

“**不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。……用不同的方法去解决不同的矛盾，这是马克思列宁主义者必须严格地遵守的一个原则。**”鉴于机体内部和外部矛盾质的变化不同，即伤病情况和程度的不同，因此我们在采取针灸这个外因条件时，就

产生了穴位配方、针灸手法和其他方面必要的综合治疗，如药物治疗和外科手术治疗等。

毛主席教导我们：**"对于我们的工作的看法，肯定一切或者否定一切，都是片面性的。"**针灸能治疗很多疾病这是肯定的。但是，我们又不能把针灸看成是百病皆治，一针就好。我们学习祖国医学是为了捍卫毛主席的无产阶级革命医疗卫生路线，宣传毛主席**"把医疗卫生工作的重点放到农村去"**的伟大指示，是为了学习、掌握为人民服务的本领，更多、更好地为工、农、兵服务，这就是我们学习的目的。

新针疗法的特点

1．抓主要矛盾，选主要穴位：如慢性胃炎病人主诉有上腹隐痛，腹胀或灼痛，胃口不好，或有恶心、呕吐、嗳气和反酸等，其主要矛盾是胃功能失调，而临床表现主要症状为上腹痛，治疗选主要穴位是中脘、足三里。

2．取穴少、透穴多：常用穴位30～50个，一般一次取1～3个穴，减少病人痛苦，提高疗效，便于掌握运用。透针穴位多，即一针刺两穴或三穴，如曲池透少海，内关透外关，耳门透听宫、听会等。

3．进针快、刺入深：进针快可减少病人痛

新针比传统针刺深，因而感应大、疗效好。但**"对于具体情况作具体的分析"**，刺入深浅应因人、部位不同而异，如心、肺、肝、脾、肾等重要器官部位，不应过深，注意安全。

4．刺激强、不留针：除年老、体弱者外，一般进针后即行震颤提插，较大幅度捻转，直至获得需要的针感反应后出针。这样，增强了刺激，提高了疗效，一般不留针。

5．经济、简便，符合多快好省精神和战备需要。

气胸、晕针、折针的发生及处理

气胸：是因针刺过深或病人体位不当、活动、咳嗽等原因，针尖划破肺组织，使肺内气体进入胸膜腔而引起的。处理：轻者半卧位，安静休息，可逐渐吸收自愈，严重者须紧急穿刺排气（详见外科气胸临床表现及处理原则）。

晕针：由于手法过重或病人饥饿、劳累、怕针等，针后或针时出现头晕、心慌、面色苍白、出冷汗，甚至突然昏倒。处理：立即起针，让病人躺下，头放低，轻者可以喝杯开水或茶水，重者人事不省时先掐人中，若无效可针内关、涌泉、人中等急救穴。

折针：由于术前对针具检查不细，针质不好，

或病人突然变动体位而造成。处理：不让病人变动体位。针体外露的，可用镊子或指甲刀挟出来；针体露出不明显的，在条件许可下，可用手轻轻下压周围皮肤，再挟出来；如果全部折在体内不易挟出，把断针部位与方向作好标记，手术取出之。

总之，气胸、晕针、折针等只要我们认真、过细地工作，都是可以避免的。

取穴法及针法

1. 取穴法：常以解剖部位或以下方法取穴：

骨度法：将身体不同部位之间规定为一定的尺寸（图 3 — 2）。

中指同身寸法：患者屈中指，以中指中节侧面横纹之间作为 1 寸（图 3 — 1）。

指量法：拇指近指甲根处的宽度为 1 寸，食与中指并为 2 寸，除拇指外并四指为 3 寸（图3—3)。

图3—1 中指同身寸

2. 针法：先做好扎针前准备工作，如检查用针，皮肤消毒，安排好病人体位。进针要快，使病人不痛，进至一定深度后行提插或捻转，得气后出针。一般急性病每日 1 ～ 2 次，慢性病 1 ～ 3 日一次， 7 ～12天为一疗程，每疗程后休息 2 ～ 3 天。严重出血性疾病、恶

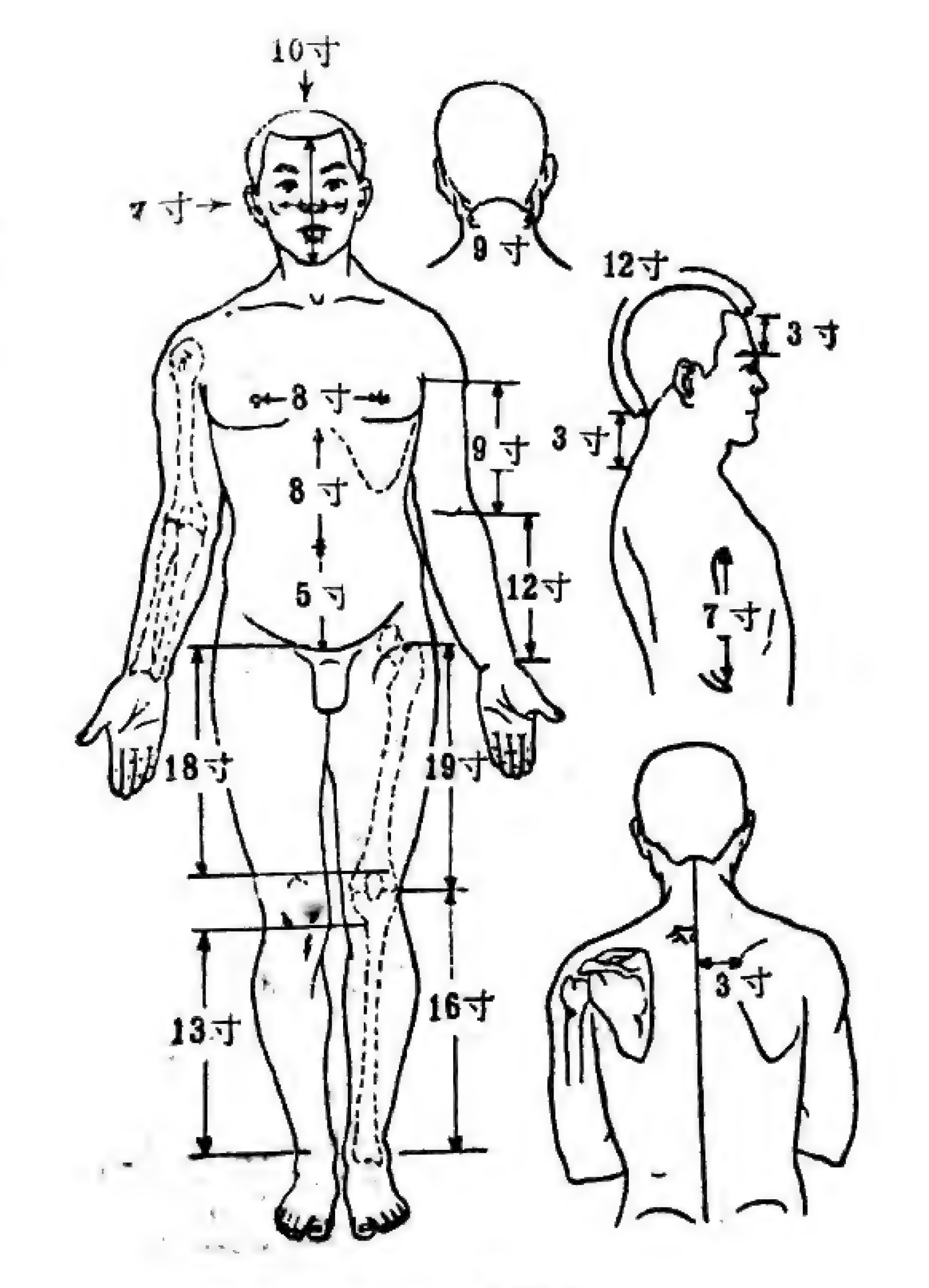


图3—2 骨度法

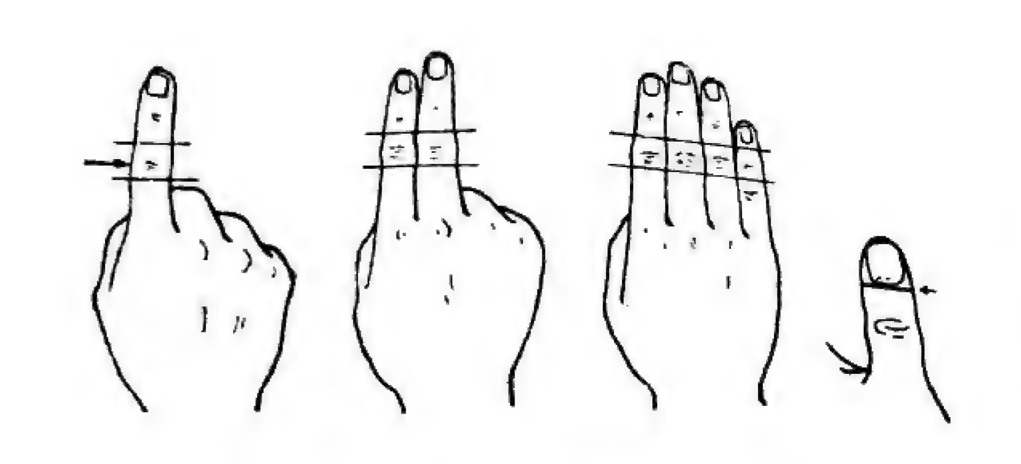


图3—3　指量法

性肿瘤局部、过敏性体质及过度恐惧病人、严重心力衰竭病人慎针或禁针，孕妇禁针合谷、三阴交。

常用穴位介绍

头 颈 部 穴

【人中】

取法：鼻唇沟上1/3处（图3—4）。

针法：斜向上刺0.5～1寸，治疗休克；旁开3～5分横刺治疗腰背痛。

针感：反应强，全头面部酸麻胀痛。

主治：人事不省、心腹绞痛、剧烈腰背痛。



图3—4　人中穴

【印堂】

取法：两眉梢之间中点（图3—5）。

针法：捏起眉间皮肤，从本穴上2～3分进针直至山根穴（山根穴位于两内眼角水平中点）。

针感：局部酸胀。头晕、痛时起针即感轻松。

主治：头痛，尤其是前头痛、失眠、高血压、鼻和眼部疾病。

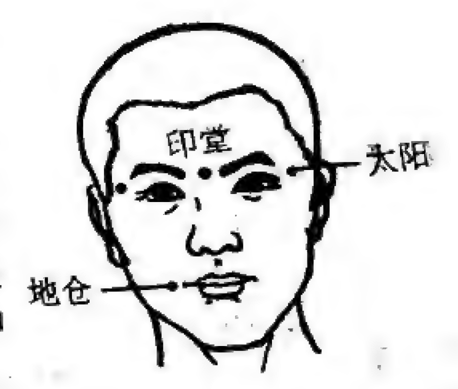


图3—5　印堂、太阳、地仓穴

【太阳】

取法：眉梢和外眼角中间向后一横指凹陷处（图3—5）。

针法：直刺3～5分，斜刺1～3寸，可向头维、率谷方向透针。

针感：半侧头面部酸麻胀痛。

主治：头痛、偏头痛、眼病。

【地仓】

取法：①口吻旁4分沟纹处。②瞳孔正中直下与口角平齐（图3—5）。

针法：直刺不穿透为原则，斜刺可透颊车（颊车穴在下颌角上约一横指，咬紧牙时肌肉隆起处）。

针感：半面部麻胀。

主治：口眼歪斜、三叉神经痛、面肌痉挛、流涎。

【下关】

取法：耳前一横指，颧弓下陷处，张口时隆起，闭口取穴（图3－6）。

针法：直刺1～1.5寸。

针感：半侧面部沉胀感。

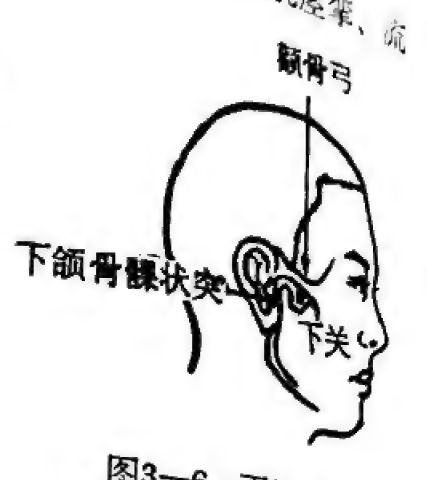


图3—6　下关穴

主治：牙痛、口眼歪斜、牙关紧闭、颞颌关节炎。

【耳门】

取法：耳珠上方稍前缺口陷中，微张口取穴（图3－7）。

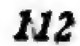
针法：①直刺0.5～1.5寸。②斜刺可透听宫、听会、听穴（听宫穴在耳珠平行缺口陷中。听会在耳珠下方缺口陷中。听穴在听宫听会之间）。



图3—7　耳门、听宫、听会穴

针感：酸麻沉胀痒感，耳鸣感。

主治：耳鸣、聋哑、牙痛。



【医风】

取法：耳垂后陷中（图3－8）。

针法：①针尖向对侧耳尖方向斜刺1～2寸治耳聋。②针尖向喉结方向斜刺1.5～3寸治哑。

针感：酸胀痛，嗓子发紧感。

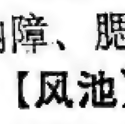


图3—8　医风穴

主治：耳鸣、聋哑、面肿、口禁不语、牙痛。

【医明】

取法：医风后1寸（乳突下沿）（图3－8）。

针法：直刺1～1.5寸。

针感：后半侧头部酸麻胀沉。

主治：失眠、近视、老视、夜盲、视神经炎、白内障、腮腺炎。

【风池】

取法：后头骨下，两条大筋外缘陷窝中，相当于耳垂平齐（图3－9）。

针法：①向对侧眼窝斜刺，可针1～1.5寸。②横刺，风池透风池，可针2～4寸。

针感：整个后头部有酸沉胀感，斜刺针感可放

散至对侧眼窝。

主治：颈项强直、腰背肩痛、面肌痉挛(横刺)，头痛、感冒、眩晕、青光眼（斜刺）。

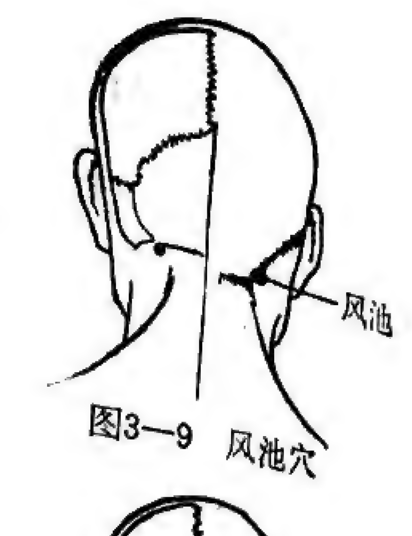


图3—9　风池穴

【哑门】

取法：颈后正中，入发际5分（第二颈椎上缘）（图3—10）。

针法：正坐低头，紧贴第二颈椎棘突上缘向喉结方向刺 1～1.5寸。

针感：反应强，针至1.5寸后可使全身发紧，发麻，并沉感。

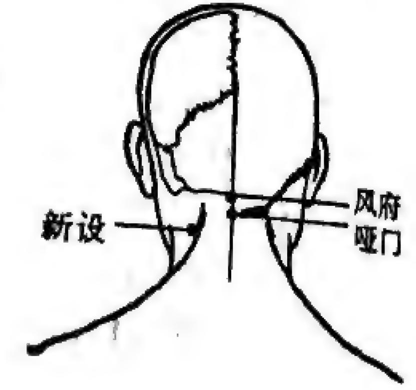


图3—10　哑门穴

主治：哑、顽固性头痛、失眠、精神烦躁、鼻出血、呕吐不止、癫痫，瘫痪等。

注意：针此穴应选择新细针，严密消毒，不宜刺过深，不提插及捻转。

【新设】

取法：风池穴直下2.5寸，外陷中(图3—10)。

针法：直刺1～1.5寸。

针感：后颈部沉胀，有时放散到肩背部。

主治：肩背痛、落枕、上肢麻痹。

【上廉泉】

取法：仰头取穴，颏下二横指，喉结上方。

针法：向舌根部直刺1～1.5寸，也可向两侧斜刺1～2寸。

针感：颈、舌根部发紧、酸胀感。

主治：哑、喉炎、舌肿、口臭。

【百会】

取法：①两耳尖直上连线中点。②以两眉头中间向上一横指起，直到后发际正中点。

针法：直刺至头骨，斜针1～1.5寸，可透四神聪，即百会穴前、后、左、右各1寸处。

针感：局部麻胀发沉。

主治：中风、头晕、头痛、脱肛、子宫脱垂。

【迎香】

取法：鼻翼旁5分皱纹中（图3—11）。

针法：针尖向内刺3～5分。

针感：局部酸麻胀。

主治：感冒、鼻炎、鼻窦炎、迎香透四白可治胆道蛔虫症（四白在瞳孔直下1寸）。

【承泣】

取法：眼平视，瞳孔直下7分(约一横指)(图3—11)。

针法：直刺或斜刺，斜刺针尖沿皮肤刺到内眥处（下睛明穴）。

针感：局部酸胀，有时流泪。

主治：近视、夜盲、眼颤动、眼睑痉挛、角膜炎、视神经萎缩。

【眉中（鱼腰）】

取法：眉弓上缘中心点（图3—11）。

针法：沿皮平刺，可透眉梢（鱼尾），亦可透眉头。

图3—11　眼周围穴

针感：眶上区酸胀。

主治：近视、偏头痛、结膜炎、睑缘炎、眼肌麻痹。

【睛明】

取法：眼内眥角（内眼角）内1分处（图3—11）。

针法：患者双目直视，针尖靠近眶缘直刺0.5～1.5寸。

针感：酸胀，有眼球突出感，出针流泪。

主治：迎风流泪、近视、眼红痛或痒痛、云翳、目眩、夜盲、视神经炎、视网膜炎。

注意：眼部穴位针刺时，要严格消毒，选细针，不提插，不作大幅度捻转，出针稍压迫局部防止出血，如针后局部出现淤血，可热敷，数日即消散。

【球后】

取法：眶下缘外$^{1}/_{4}$与内$^{3}/_{4}$交界处（图3—11）。

针法：沿眶下缘，从外稍斜向内上，朝视神经孔方向刺1～1.5寸。

针感：整个眼球有酸胀和突出感。

主治：青光眼、视神经炎、视神经萎缩等眼底疾病。

【天突】

取法：胸骨上缘正中陷处（图3—12）。

针法：斜向下刺，针在胸骨柄与气管之间，针1～1.5寸，必要时可针2～3寸，但针刺方向位置必须掌握好。

针感：针到一定深度后大幅度捻转，有窒息样感后出针。

主治：咳、喘、哑、呕吐、咽喉炎、扁桃炎、神经性呕吐（深刺）。

胸、腹部穴

【膻中】

取法：两乳头之间连线中点（图3—12）。

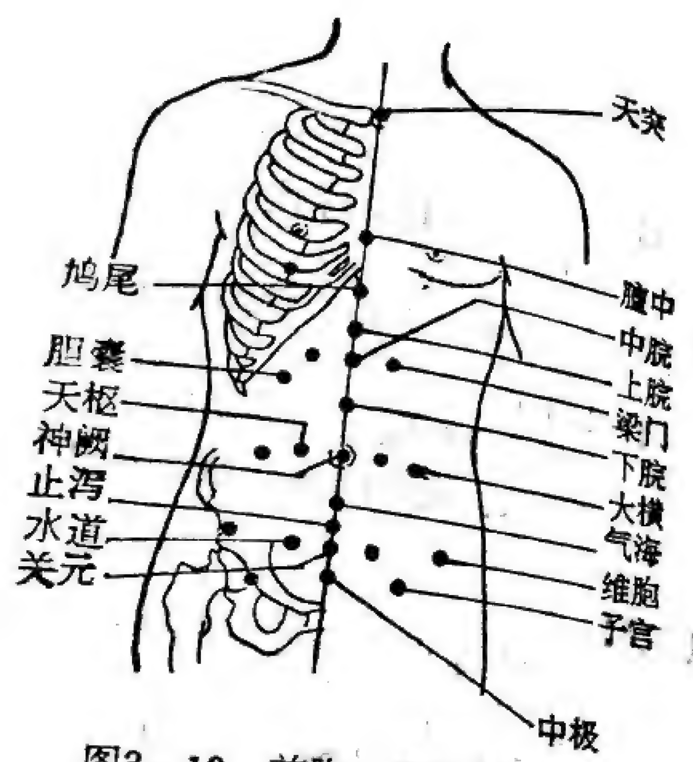


图3—12 前胸、腹部穴位图

针法：直刺至胸骨；平刺可向两侧乳头方向进针2～3寸（注意：压住针体进针，以防误刺入胸腔），治缺乳症。用三棱针速刺皮下至骨柄，然后左右上下划割，治"咳喘"。

针感：局部酸胀痛，平刺两乳发胀感。

主治：胸痛、呃逆、乳腺炎、缺乳症、咳喘病。

【中脘】

取法：胸骨柄下端至脐连线中点（图3—12）。

将胸骨柄下端至脐分为8寸，脐上4寸为中脘，脐上2寸为下脘，中脘上1寸为上脘。

针法：直刺1～3寸，斜刺可透下脘或上脘。

针感：上腹麻胀，深刺时病人不敢呼吸。

主治：消化系统病，如腹胀、腹泻、腹痛、腹鸣、吞酸、呕吐、便秘、黄疸、高血压、神经衰弱。

【胆囊穴】

取法：中脘下1寸向右旁开3寸（图3—12）。

针法：直刺1～1.5寸，不可过深刺，以免误伤胆囊，针前要摸肝、脾。

针感：右上腹部麻胀。

主治：胆囊炎、胰腺炎、胆道蛔虫症。

【天枢】

取法：脐旁2寸（图3—12）。

针法：直刺0.5～1.5寸。

针感：放散至侧腹部。腹胀时，针后大多肠鸣音增强（肚子咕噜响）。

主治：腹胀、腹泻、脐周围痛、腹水、便秘、肠麻痹、小儿消化不良。

【关元】

取法：耻骨上缘至脐为5寸，关元在脐下3寸（图3—12）。

针法：直刺0.5～1.5寸，斜刺可透中极1～2

寸（中极穴在关元穴下1寸）。

针感：进针后大幅度捻转，如闪电般放散到龟头或尿道处。

主治：泌尿、生殖器疾病，如遗尿、尿血、尿频、尿潴留、尿道痛、痛经、闭经、遗精、阳萎、神经衰弱。

【子宫穴】

取法：中极旁开3寸（图3—12）。

针法：直刺2～3寸。

针感：小腹部麻胀，有时到生殖器。

主治：子宫脱垂、附件炎、不孕症。

【维胞（维宫）】

取法：关元穴旁开6寸（图3—12）。

针法：沿腹股沟方向斜刺2～3寸。

针感：麻胀至小腹部。

主治：子宫脱垂（双侧同针，同时捻转）、附件炎、月经不调。

腰背部穴

【大椎】

取法：正坐低头，颈后最突出骨下（第七颈椎下），若突起骨不明显，让患者活动颈部，不动的骨节为第一胸椎，约与肩平齐（图3—13）。

针法：略向上斜刺0.5～1.5寸。

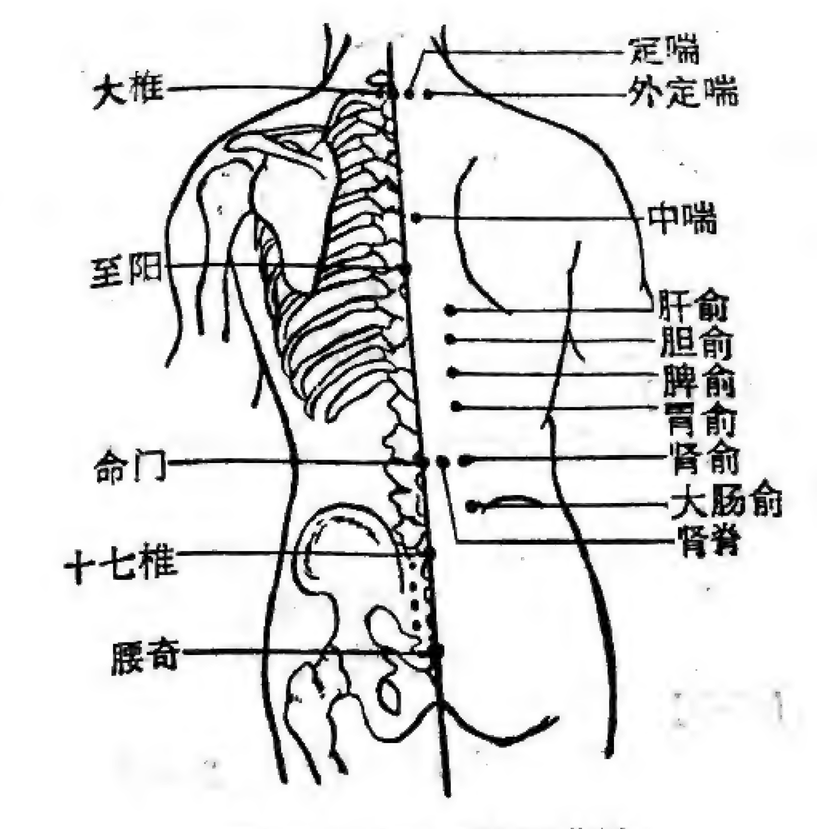


图3—13　腰、背部穴位图

针感：如触电感，向下或头部放散，针偏时向肩背部放散。

主治：感冒、失眠、咳喘、结核病盗汗、脊柱骨痛、小儿惊风、神经衰弱。

注意：严格消毒，固定好体位，勿刺过深，勿大提插捻转。

【定喘】

取法：大椎穴旁开3～5分（图3—13）。

针法：直刺或稍向内斜刺，针至骨板（横突），稍退针而行大幅度提插捻转，获针感后出针。

针感：下行至腰骶，上行至后颈部，左右至两肩，个别放散至前胸。

主治：咳喘、支气管哮喘、腰背痛、肩痛、头痛、颈项痛、过敏性疾病如荨麻疹等。

【中喘】

取法：第五、六胸椎棘突间旁开3～5分（图3—13）。

针法：同定喘穴。

针感：上下及两侧胸背部酸麻触电感。

主治：哮喘、腰背痛、肺炎、肺结核。

【肾脊】

取法：第二腰椎下即命门穴旁开3～5分（相当于脐平行）。

针法：取坐、侧卧或俯卧位，直刺1～2寸。

针感：上行至背部，下行至腰臀部。

主治：泌尿生殖器官病、腰腿痛、消化不良、水肿、失眠。此穴可代替肾俞穴，且效果较好。

上　肢　穴

【合谷】

取法：第二掌骨中点，拇指侧（图3—14）。

针法：直刺1～2寸，手指痉挛可透后溪。

针感：麻胀下至指尖，上至肘或肩。

主治：头面口疾病，如牙痛、嗓子痛，感冒，口眼歪斜。会阴痛，肛门痛，手臂痛，聋哑。

落枕
合谷
液门
后溪
中渚

图3—14　手背部穴位图

注意：孕妇不宜强刺激。

【中渚】

取法：轻握拳，第四、五掌指关节后陷中（图3—14）。

针法：直刺，可透少府。

针感：麻胀下至四、五指，上至肘或肩。

主治：第四、五指痛，肋间神经痛，后颈沉重感，配合治疗聋哑及耳鸣。

【后溪】

取法：第五掌骨小头，即掌横纹尽头处，握拳有陷凹（图3—14）。

针法：直刺0.5～1寸，手痉挛可透合谷，较强刺激。

主治：四肢痛、腰痛、头颈痛、面肌痉挛、手

痉挛（抽筋），配合治聋。

【落枕穴】

取法：手背第二、三掌骨小头后陷中（图3—14）。

针法：直刺或稍向上刺5分许，边捻转提插边让病人活动头颈，至疼痛减轻，活动范围增大出针。

针感：向上传至肘肩，向下传至中食指。

主治：落枕、手臂肿痛、颈项强痛。

注：治疗落枕必要时配合点穴按摩。

【四缝】

取法：掌面第二、三、四、五指近侧指间关节横纹中点（图3—15）。

针法：直刺或点刺（点刺出黄白色粘液）。

针感：酸胀痛感。

主治：呃逆、呕吐、小儿消化不良。

【牙痛穴】

取法：掌面第三、四掌骨间，距掌指横纹1寸处（图3—15）。

针法：直刺以不透过背面皮肤为准，边提插捻转，边让病人咬牙作试验，牙不痛或疼痛减轻时出针。



图3—15　牙痛、四缝穴



图3—16　内关穴

针感：掌心麻胀，有时传至肘、腋部。

主治：牙痛、手臂痛。

【内关】

取法：掌面，腕横纹上2寸两筋间（图3—16）。

针法：直刺，可透外关。

针感：麻胀，下至指，上至腋。

主治：胸胁痛、上腹痛、心绞痛、呃逆、呕吐、腹泻、精神异常，配合治哑。

【外关】

取法：腕背侧，腕横纹上2寸（图3—17）。

针法：直刺，可透内关。

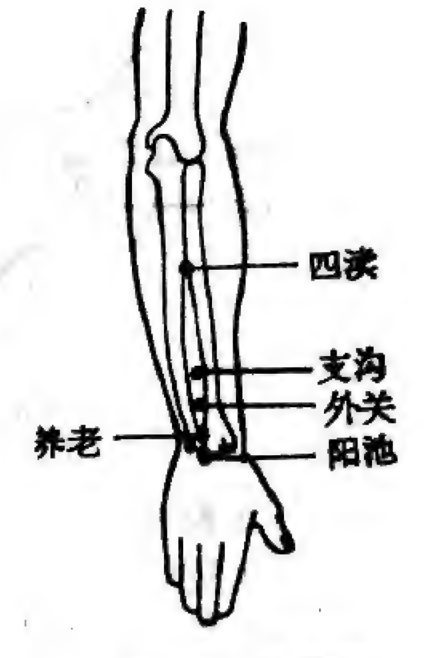


图3—17　外关穴

针感：酸麻，下至三、四、五指，上至肩。
主治：偏头痛、上肢瘫麻、手臂痛、落枕，配合治聋。

【支沟】

取法：外关上1寸（图3—17）。
针法：直刺1～1.5寸。
针感：同外关穴。
主治：习惯性便秘、肩臂酸痛、咽肿。

【曲池】

取法：曲肘，横纹尽处，即肱骨外上髁内缘陷处（图3—18）。

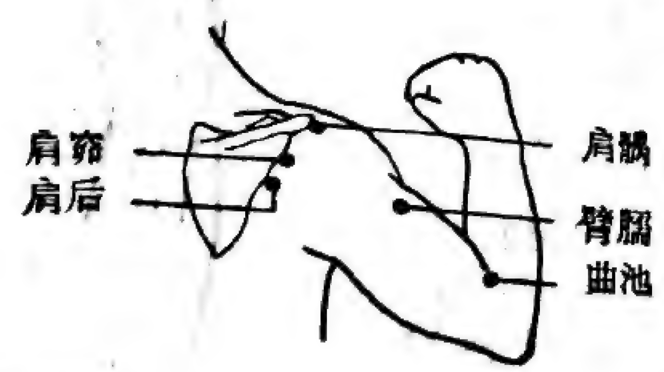


图3—18 曲池穴

针法：直刺，可透少海穴。
针感：如触电感，上至肩，下至手。
主治：上肢瘫、麻、痛，高血压、过敏性疾病、皮肤病、贫血、淋巴腺肿、咽喉炎、扁桃体炎、舞蹈病、发作性睡眠、高烧。

下 肢 穴

【环跳】

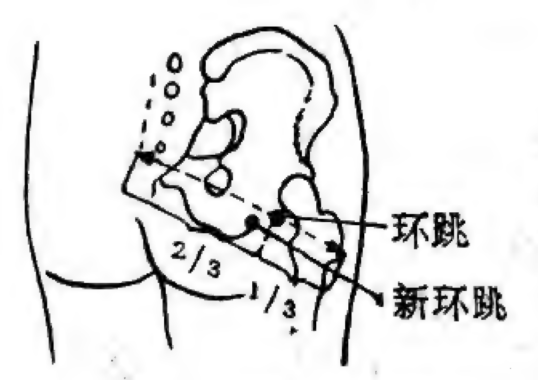


图3—19 环跳、新环跳穴

取法：侧卧，伸下腿，屈上腿(成90度)，本穴在臀部股骨头陷处。用大拇指指间关节横纹按在大转子上，拇指尖处就是此穴(图3—19)。
针法：直刺2～4寸。
针感：局部酸胀，有时向下放散至足跟。
主治：坐骨神经痛、腰腿痛、下肢瘫、麻。

【新环跳】

取法：尾骨尖与大转子连线中点下1寸（图3—19）。
针法、针感及主治：同环跳穴，但对坐骨神经痛疗效更好。

【殷门】

取法：臀横纹与腘窝横纹中点连线之中点（图3—20）。

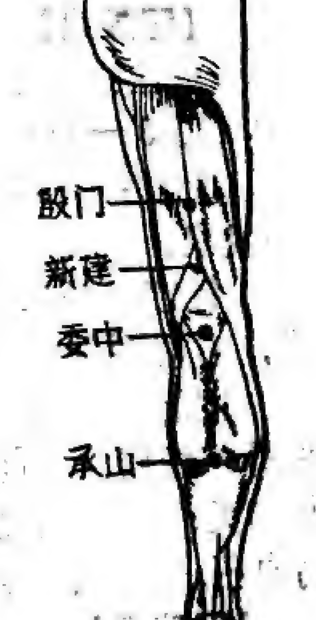


图3—20 下肢后侧穴位图

针法：直刺至股骨上，进针1～3寸。
针感：触电感，下至足，上至臀。
主治：坐骨神经痛、腰腿痛、下肢瘫、麻。

【新建穴】

取法：股门与腘窝横纹（委中穴）连线中点（图3—20）。

针法：同股门穴。

针感：触电感，上至臀，下至足。

主治：同股门穴，但对下肢瘫、麻，小腿不能伸展的疗效比股门穴好。

【阳陵泉】

取法：膝下外侧小骨（腓骨小头）前下方陷中（图3—21）。

针法：直刺，可透阴陵泉。

针感：多至膝下足背，有时至外侧臀部。

主治：半身瘫、麻，坐骨神经痛、腰腿痛、胆囊炎、胆道蛔虫症、高血压、遗尿、落枕。

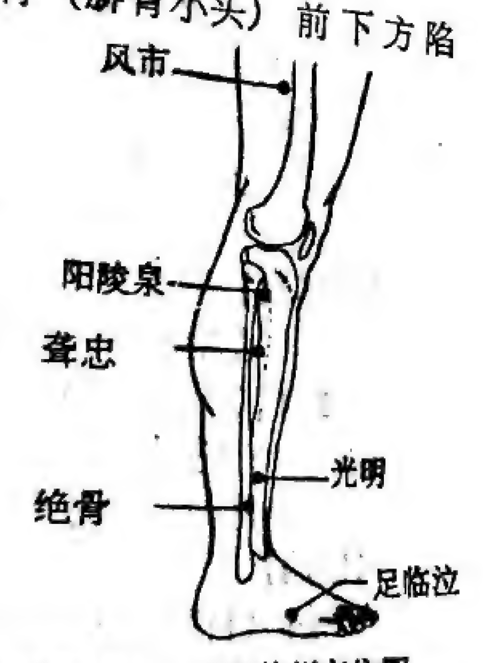


图3—21　下肢外侧穴位图

【阴陵泉】

取法：膝下胫骨内侧陷中，与阳陵泉相对（图3—22）。

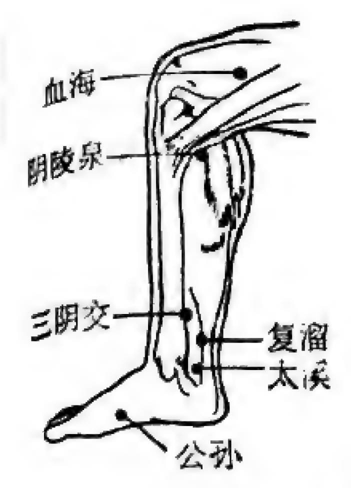


图3—22　下肢内侧穴位图

针法：直刺，可透阳陵泉。

针感：触电感，上至会阴，下至足。

主治：尿闭、尿失禁、尿道痛、遗精、阳萎、月经不调、痛经、附件炎等生殖泌尿器官病及腹胀痛、腹水、腰腿痛。

【足三里】

取法：膝盖下3寸，胫骨外侧1寸(图3—23)。

针法：直刺，可深可浅，以获针感为准。

针感：触电感，上至膝，下至足，有时至臀。

主治：腹胀、腹痛、腹泻、便秘、呕吐、消化不良、慢性肝炎、慢性阑尾炎等消化器官疾病，支气管哮喘、荨麻疹等过敏性疾病，以及高血压、神经衰弱、皮

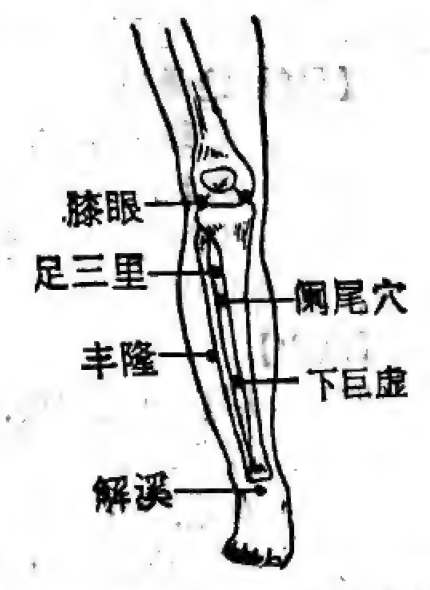


图3—23　小腿前侧穴位图

肤病、下肢瘫、麻、痛、癫痫、贫血等。

【阑尾穴】

取法：足三里穴下2寸，即外膝眼下5寸（图3—23）。

针法及针感：同足三里穴。

主治：急性阑尾炎（慢性阑尾炎针足三里效果好）、胃肠炎、腹痛。

【丰隆】

取法：外膝眼与外踝连线中点（图3—23）。

针法：同足三里穴。

针感：下至外踝，上至大腿根部。

主治：咳喘病、痰多、癔病、癫痫、四肢痛、便秘，此穴有化痰去积作用。

【悬钟(绝骨)】

取法：外踝上3寸，腓骨前缘（图3—21）。

针法：直刺，可透三阴交。

主治：下肢痛、偏瘫、胸腹胀满、落枕、淋巴腺炎、踝关节痛。

【承山】

取法，腓肠肌正中央，人字纹中（图3—20）。

针法：直刺，获针感为宜。

针感：麻胀，下至足，上至腘窝。

主治：小腿肚抽筋（腓肠肌痉挛）、腰背痛、腰腿痛、脱肛、痔疮。

【三阴交】

取法：内踝上3寸，胫骨后缘（图3—22）。

针法：直刺，可透悬钟穴。

针感：麻胀下至足，上至大腿根部。

主治：失眠、消化不良、子宫出血、白带多、痔疮、下肢肌肉萎缩。此穴作用同阴陵泉，可与阴陵泉交替使用。

注意：孕妇勿强刺激。

【复溜】

取法：内踝后上2寸（图3—22）。

针法：直刺1～2.5寸。

针感：胀痛，有时似触电感，向足底放散。

主治：肾炎、浮肿、神经衰弱。

【昆仑】

取法：外踝与跟腱中点陷中（图3—24）。

针法：直刺，可透太溪穴。

针感：足与小腿酸麻。



图3—24 昆仑、申脉、至阴穴

主治：腿痛、颈项痛、腰背痛、坐骨神经痛、胎盘不下、难产、牙痛、踝关节痛（或扭伤）、腿肚子抽筋、后头痛。

【太冲】

取法：第一、二趾缝，上二横指（相当于手上的合谷穴）（图3—25甲）。

针法：针尖斜向上或直刺0.5～1寸。

针感：四趾酸麻胀，可向上放散至腹部。

主治：头晕目眩、夜盲症、舞蹈病、眼红痛、子宫出血、尿潴留、闭经、腹泻、呕吐、便秘。

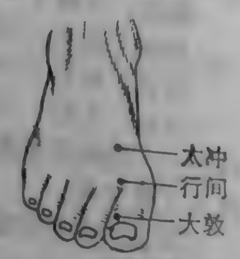


图3—25(甲) 太冲、行间、大敦穴

【涌泉】

取法：足趾屈曲、足掌前方陷处（图3—25乙）。



图3—25(乙) 涌泉穴

针法：直刺，至足背骨。

针感：反应强，剧痛。

主治：休克、昏迷、抽搐、头顶痛、高血压、神经衰弱、癫痫、多眠症，对中暑的急救有时比人中穴快。

新穴位介绍

穴名	取法	针法	主治
治聋1	耳屏水平线，耳廓后陷中	针尖略向下刺0.5～1寸	耳聋、耳鸣
治聋2	医风上5分陷处	针尖略向前下刺1.5～2寸	耳聋、耳鸣、哑
治聋3	耳门与听宫之间靠后0.2公分	直刺1.5寸，轻刺激	耳聋
治聋4	耳垂下缘	刺1～1.5寸	耳聋
治聋5（聋忠）	腓骨小头下3寸，靠腓骨后缘	直刺2～2.5寸	聋哑
听灵	听穴与听宫之间靠后0.2公分	直刺1.5～2寸	耳聋
天听	安眠2下5分	直刺1.5寸	耳聋
增音	甲状软骨两旁凹陷处	向上向对侧刺1.5寸	哑
治瘫1	肩锁关节，锁骨头下方	刺1～2寸，可透锁骨下	瘫痪
治瘫2	三角肌中点	直刺1～2寸	偏瘫

穴名	取法	针法	主治
治瘫 3	伸臂仰掌，肘横纹与腕横纹连线中点，两骨间	刺1～2寸可透穴	上肢瘫痪
治瘫 4	膝上 3 寸	刺1～2寸	膝关节炎，下肢麻痹或疼痛，下肢无力
治瘫 5	足三里下 2 寸		对瘫痪所致抬腿困难有效
治瘫 6	阑尾穴下 1～1.5寸		纠正足外翻
治瘫 7	太溪上 5 分		同治瘫 6
安眠 1	医风与医明之间	直刺1.5～2寸	精神分裂症、失眠症
安眠 2（镇静穴）	医明与风池之间	直刺 1 寸左右	失眠
兴奋穴	乳突后缘，安眠 2 上 5 分		有兴奋作用
胃上 1	下脘穴旁开 4 寸	向脐方向表皮透（双侧）	胃下垂

新针治疗聋哑

伟大领袖毛主席教导我们："**为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题**。"旧社会，广大劳动人民受帝国主义、封建主义和官僚资本主义三座大山的压迫，挣扎在死亡线上，有病没钱治，结果有的成了聋哑。聋哑，也是反动统治阶级残酷剥削和压迫广大劳动人民的恶果。解放后，劳动人民成了国家主人，生活得到保障。但大叛徒、大内奸、大工贼刘少奇推行了一条反革命修正主义医疗卫生路线，抵制和反对毛主席的无产阶级医疗卫生路线，把医疗卫生大权交给少数所谓"名医"、"权威"，把聋哑判为"不治之症"。这场伟大的无产阶级文化大革命，从政治上把以刘少奇为首的资产阶级司令部彻底打垮了。用毛泽东思想武装起来的中国人民解放军广大卫生人员，在毛主席"**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"伟大指示的光辉照耀下，怀着无限忠于毛主席，无限忠于毛泽东思想，无限忠于毛主席无产阶级革命路线的深厚感情，坚持以毛泽东思想统帅技术，终于打开了聋哑"禁区"，使成千上万的聋哑人喊出了时代最强音"毛主席万岁！""敬祝毛主席万寿无疆！"这是战无不胜的毛泽东思想的伟大胜利，是毛主席无产阶级革命路线的伟大胜利，是无产阶级文化大革命的丰硕成果。

毛主席教导我们："……研究任何过程，如果是存在着两个以上矛盾的复杂过程的话，就要用全力找出它的主要矛盾。捉住了这个主要矛盾，一切问题就迎刃而解了。" 聋哑有先天和后天两种，并有全聋哑和半聋哑的不同。聋哑病的主要矛盾是聋，由于聋，使病人失去学习语音的主要条件，因此必须先治聋，后治哑。对于有听力及半聋哑的病人，则以治哑为主，同时治聋。

（1） 治聋穴位配法：①耳门透听宫、听会配内关、中渚左右交替。②医风配合谷。③听穴（听宫与听会之间）配中渚。

治法：先用①组，如无效用②、③组，或①、②、③组交替使用。

（2） 治哑穴位配法：①哑门配内关。②上廉泉配合谷。③医风配天突(医风向喉结方向刺)。

治法：先用①组或②、③组交替使用。

（3） 针刺手法：第一疗程用强刺激，但开始一、二次用弱刺激，以让病人容易接受治疗。第二疗程用中等刺激。第三疗程用较弱刺激。第四疗程强、中、弱刺激交替运用，灵活掌握，对耳旁穴位以捻转为主，不提插，有酸麻胀感即出针。

（4） 配合耳科检查治疗：

① 中耳炎：进行针刺与必要的药物治疗。

② 有耵聍及异物阻塞，取出之。

③ 鼓膜凹陷可行耳咽管通气术。

④ 患者自己捏鼻憋气、按耳，可锻炼鼓膜。

（5） 舌系带短者：可行手术。

手术指征：①舌尖不能抬起伸出。②舌尖不能顶住上颚。③舌伸展时，舌尖变形。

手术操作：局部消毒，局麻，用手术剪刀剪开粘膜皱襞及固有筋膜的一部分，必要时先用止血钳固定，剪开深度1～2公分，术后用消毒纱布压迫舌下，创面自行止血愈合。对舌尖不能抬起伸出者，用修整缝合术：消毒，局麻后，先剪开粘膜及固有筋膜，于筋膜下作钝性分离，将棱形创口作纵行缝合2～3针即可，术后3～4天拆除缝线。

（6） 听力及语音训练：

① 听力训练：有听力后，用高声语言、哨音、掌声、广播声、敲打铁器声等进行训练。

② 语音训练：是治疗聋哑的关键。如让病人作伸舌活动、吹口哨等进行舌机能锻炼。吹鸡毛、小风车，大声发"啊"、"喔"音，教病人发单音字，"毛主席万岁"、"下定决心'等，进行声带及喉部肌群锻炼。必要时以实物示教。

（7） 停止针刺治疗的标准：①听力在一米左右，能听到大声讲话后，可停针刺。②能高呼"毛主席万岁"，唱"东方红"等，可停针刺，继续加强语音训练。

常见疾病治疗

消化系统疾病

1．急慢性胃炎、溃疡病、胃神经官能症、胰腺炎、胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症等均有上腹痛，针刺有消炎止痛作用。

主穴：内关、足三里、三阴交。备穴：中脘、阴陵泉、阳陵泉。

治法：疼痛发作时，先扎内关，如止不住痛，在远端交叉配一穴，空腹痛配三阴交，食后痛配足三里，胆道蛔虫症配阳陵泉。

2．急慢性肠炎、胃肠功能紊乱、过敏性结肠炎、阑尾炎、蛔虫症等均有下腹痛或腹胀、腹泻。

主穴：天枢、足三里。备穴：腹结、阑尾穴。

治法：肠炎、肠功能紊乱用主穴，必要时加温灸。蛔虫症用主穴加迎香透四白。阑尾炎用腹结（右），急性配阑尾穴，慢性配足三里(腹结：在脐下1.3寸旁开4寸)。

3．呃逆（膈肌痉挛）：轻症者压眼球或让患者闭目突然捏住鼻子1～2分钟，无效时针刺或用指甲切刺外四缝（四缝穴的背面）。重症者可针内关，必要时加天突、中脘。

4．呕吐：针内关，如果效果不好，改用足三里和天突。

5．腹胀、腹泻：

主穴　足三里、天枢。备穴：止泻穴、关元。

治法：先用主穴，如果效果不好时，腹泻为主加止泻穴，腹胀为主加关元，必要时用温灸或捏脊(止泻穴即腹泻穴：在脐下2.5寸)。

6．胆道蛔虫症：

主穴：①鸠尾透期门。②至阳透胆俞。备穴：足三里、阴陵泉。

治法：先用主穴①，无效时再用主穴②（均刺患侧），备穴交替使用。每日一至二次，或痛时针刺，强刺激，必要时留针15～30分钟。疼痛缓解后服醋3～5两。

7．口腔溃疡：

主穴：合谷、曲池。备穴：地仓、足三里。

治法：先用主穴，或主、备穴交替使用。

8．便秘：

主穴：二白穴、太冲、支沟。备穴：天枢、大横、丰隆。

治法：针二白穴，一般次日可大便。效果不好时，用天枢和大横配丰隆(大横穴在天枢旁开二横指)。

9．脱肛：

主穴：承山、百会。备穴：合谷、长强（长

穴在尾椎骨与肛门之间，可平刺2～3寸)。

10．痔疮：

主穴：二白穴、长强。备穴：承山。

治法：先用二白配承山，无效时加长强，每日一次，较强刺激。

11．肝炎及慢性肝炎综合症：

主穴：足三里、大椎。备穴：安眠穴、期门、章门。

治法：①先用主穴，睡眠不好加安眠穴。肝区持续性疼痛，加期门、章门，若仍不见效，用0.25～0.5％奴夫卡因穴位封闭。②肝功有多项变化者针胆俞、太冲、至阳与足三里交替使用(至阳在第七、八胸椎棘突间)。

12．痢疾：

主穴：足三里、天枢。备穴：曲池、阴陵泉、长强。

治法：针主穴，发烧加曲池，减天枢。里急后重加阴陵泉。久治不愈加长强。

呼吸系统疾病

1．急慢性支气管炎、肺炎、支气管哮喘、肺结核等，针刺均有消炎、镇咳、止痛作用。

主穴：天突、定喘。备穴：内关、大椎、丰隆、足三里。

治法：先针天突，后针定喘。痰多配丰隆，必要时胸背部拔瘀血罐。胸痛配内关，背部可拔走火罐。体虚食欲不好配足三里，肺结核盗汗、失眠配大椎。小儿咳喘、呼吸困难，针曲池、内关，必要时针少商放血。

2．感冒(伤风)：

主穴：合谷、大椎。备穴：印堂、天突、曲池。

治法：针合谷，咳嗽重加天突或定喘，前头痛加印堂，发热加曲池。

3．咽喉炎、扁桃体炎：

主穴：合谷、廉泉。备穴：曲池、天突。

治法：先针合谷，边针边让患者作吞咽动作，疼痛消失或减轻时出针。吞咽困难加廉泉或天突，全身不适或发烧针曲池。

4．胸肋痛(叉气)：

主穴：内关、膻中。备穴：大椎、丰隆、阳陵泉。

治法：针内关可止痛，如效果差可配阳陵泉。如患者胸外痛，针膻中配阳陵泉。胸内痛，针内关配丰隆。

神经和精神系统疾病

1．头痛：

（1）全头痛：主穴：印堂、风池、哑门。备穴：合谷、大椎。

（2）头顶痛：主穴：百会透四神聪。备穴：涌泉、太冲。

（3）前头痛：主穴：印堂、合谷。备穴：太阳、上星。

治法：先印堂透山根，配合谷，无效时改用备穴，或太阳用三棱针放血。

（4）后头痛：主穴：风池、后溪。备穴：哑门、昆仑。

治法：先用风池透风池，配后溪，无效时改用备穴。

（5）偏头痛：主穴：太阳、外关。备穴：风池、四渎、安眠穴。

（6）按病因治疗头痛

高血压引起：曲池、足三里（交叉针一侧）。

肾炎引起：三阴交、关元。

副鼻窦炎引起：迎香、印堂。

上呼吸道感染引起：大椎、曲池。

失眠引起：百会、安眠穴。

2．癔病、神经官能症（又称迷糊病）：

本病特点：主诉多，自觉症状多，阳性体征少。

主穴：内关、哑门、人中、后溪。备穴：大

椎、曲池、百会、足三里、关元。

治法：发作时针人中、后溪。停止发作针内关、哑门。一般轻症(神经官能症)，意识正常仅有主诉症状者：头痛、头晕为主针百会；心烦意乱为主针曲池、内关；不思饮食为主针足三里；精神不振为主针大椎、关元。

3．癫痫：[illegible]

主穴：人中、鸠尾、后溪。备穴：丰隆、风池、内关。

治法：发作时针主穴，发作间隙用备穴。

4．精神分裂症：

主穴：哑门、内关、鸠尾。备穴：人中、风池透风池。行强刺激。

5．神经衰弱（失眠症）：

主穴：足三里、大椎、曲池。备穴：内关、三阴交、关元、安眠穴。

治法：根据病因选穴为好。心血管病引起针内关、曲池。消化器官病引起针中脘、足三里。呼吸器官病引起针定喘、内关。泌尿生殖器官病引起针关元、三阴交。必要时可加安眠穴，亦可配合温灸或捏脊。

6．舞蹈病：

本病多以四肢不自主运动为特征。

主穴：风池、曲池、阳陵泉。备穴：①大椎、合谷。

②哑门、太冲。

治法：风池可透针，曲池与阳陵泉交替使用一侧。如主穴效差，备穴①、②组交替使用。

7．嗜睡症：

主穴：合谷。备穴：足三里、三阴交。

治法：针主穴，备穴交替使用一侧。

8．面神经麻痹（口眼歪斜）：

主穴：地仓透颊车，配合谷。备穴：太阳、阳白、迎香。

治法：眼不闭合，加阳白透鱼腰，配太阳。鼻唇沟消失，加迎香或局部点刺。

9．面肌痉挛：

主穴：风池、后溪。备穴：医风、合谷、听宫（风池用透针）。

10．脑出血后遗症（中风、瘫痪）：

主穴：曲池透少海，阳陵透阴陵，阳白透鱼腰，地仓透颊车。备穴：外关透内关，合谷透后溪，悬钟透三阴交。

治法：每次选两组，4～6个穴，先每日针一次，二周后改用间日一次或每周两次，或与梅花针交替使用，并配合按摩理疗。患者要树立信心，克服困难，坚持锻炼，用毛泽东思想战胜疾病。

附：解放军某部治疗精神病方法一

新穴位介绍

穴名	部位	针法	针感	主治	说明
定神穴	鼻中沟下三分之一处	针尖向上成20～25度角刺入，进针1～1.5寸	酸、麻、胀、头重、眼花、流泪、身体发软、无力	精神分裂症、癫痫、癔病	兴奋者能使之入睡。抑制、昏迷者能使苏醒，后入睡，醒后感头脑清醒
头颞穴	太阳穴上1寸稍后，咬牙时颞部突起处	成15度角向耳尖方向刺，针1.5～2寸，不提插	同侧头部酸、胀，头昏，眼睁不开，想睡	精神分裂症、失眠、记忆力减退	避开血管，若刺破，可行指压止血
虎边穴	三间与合谷之间	靠掌骨边缘进针，透后溪	酸、麻至同侧头部，针后肌肉松弛	精神分裂症、癫痫、癔病	
指掌穴	掌侧三、四指间，近中指处	向鱼际方向进针1～1.5寸	酸胀至同侧头部，针后入睡	癔病、失眠、记忆力减退	

精神分裂症治疗穴位分组：

一组：定神、虎边、三阴交透悬钟。二组：头颞、指掌、足三里。三组：百会、丰隆、内关透外关。四组：曲池透少海、照海、鸠尾(图3—26、27、28)。

以上四组可以根据具体情况选用，或交替选用，或每组一疗程。

针刺手法：多位穴同时进针，大幅度捻转，提插慢而有力，兴奋的病人针刺后可入睡，抑郁性病人针刺可兴奋后再入睡。

起针指征：病人经针刺后出现肌肉松弛、脉搏减慢、眼睑颤动、流泪等，手法逐渐减轻，捻转幅度减小，入睡后将针逐一慢慢拔出，入睡后不可再刺激，否则会发生不良反应。若针刺后出现前述指征，但没入睡，应在针刺后二十分钟内起针，也同样有疗效，但比入睡者略差。

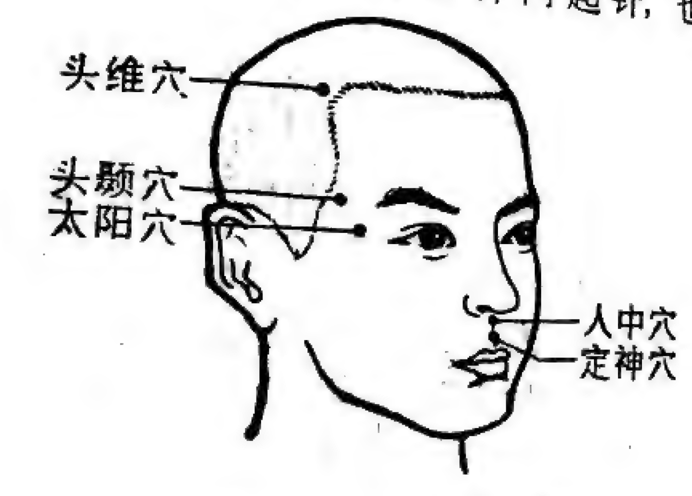


图3—26 头颞、定神穴

注意事项：要办好病人的家庭毛泽东思想学习班，

使病人和家属用毛泽东思想武装头脑，树立战胜疾病的信心。加强护理，注意安全。对大闹、哭笑、跑跳患者应防止折针。疗程无一定时间，控制症状阶段可一天针二、三次，一般一天一次。

针刺治疗精神病的优点：方法简便、安全，容易掌握，不受条件限制，可门诊治疗。治疗快、效果满意，一般病人5～7天即可控制症状，治愈率达95%以上。



图3—27 虎边穴　　图3—28 指掌穴

解放军某部治疗精神病方法二

1．用品：消毒用碘酒、酒精棉球，特制钢针数根，无菌敷料，普通靠背椅一具。

2．体位：患者体位背对术者，坐于椅上，头略向前倾，几个助手固定好患者，防止乱动，准备治疗。

3．刺法：取大椎、陶道穴，进行皮肤常规消

毒，术者站在患者背后，以一手拇食二指持针柄，另一手拇食二指持针尖后一寸处，垂直对准所取穴位，两手用力快速刺入皮肤，进针一寸左右感到阻力后，稍提针，针尖稍向前上方继续深刺，约5～7公分，这时病人可能出现触电感，全身麻木或发抖，即可出针，若无此现象出现，则以术者针下无任何阻力或落空感为度，即可出针。局部敷无菌纱布，用胶布固定。

4．注意事项：严守无菌操作。注意针刺方向，不可偏离棘突而刺入胸腔。操作过程中注意固定患者体位，严防活动。

5．适应症：精神分裂症、反应性精神病、癔病。

6．针刺后的反应：颈七段、胸一段感觉与运动神经有不同程度的反应，如酸、麻、痛、热。部分患者出现头痛、呕吐，或出现四肢瘫软无力，针后患者需适当休息。

泌尿生殖系统疾病

1．肾炎、肾盂炎、尿路感染：

主穴：①关元透中极，配一侧阴陵与另侧三阴交。②肾脊或肾俞配另一侧阴陵与三阴交。备穴：中极、曲池、足三里。

治法：主穴①、②组交替使用，下腹部或生殖器痛加中极，全身浮肿加曲池、足三里。

2．遗尿症：

主穴：关元、三阴交。备穴：长强、足三里、中极。

3．尿潴留：

主穴：关元、阴陵泉。备穴：气海、三阴交。

治法：亦可指压脐至曲骨中间，渐加压力至尿排出，亦可用流水声引导，或用耳屎放尿道口处。

4．早泄、阳萎、遗精：

主穴：关元、阴陵泉、三阴交。备穴：后溪、曲骨、志室。

治法：用主穴，三阴交与阴陵泉交替使用一侧，如早泄不愈加后溪，阳萎不愈加曲骨（中极下1寸）、会阴，遗精不愈加志室（命门穴旁开3寸）。

5．前列腺炎：

主穴：①中极、阴陵泉。②关元、三阴交。备穴：肾脊、会阴穴。

治法：主穴①、②组交替使用，若无效用备穴（会阴穴在肛门与生殖器中点，可直刺2～3寸）。

6．睾丸炎：

主穴：五里、大敦、曲骨。

治法：五里与大敦可交替使用一侧或健患侧交替使用，中强刺激，每日一次（五里在曲骨旁开三横指直下三横指处，大敦穴在踇趾外侧爪甲根部）。

运动系统疾病

1．骨关节疾病：

（1） 上肢关节和胳膊痛

主穴：曲池透少海。备穴：外关透内关。

治法：主、备穴交替使用。仅有腕指关节痛针内关透外关。仅有肘关节痛针曲池透少海，配四渎。仅有肩关节痛针曲池透少海，配患侧定喘穴，也可取对侧条口透承山（四渎穴在伏掌肘下5寸两骨间）。

（2） 下肢关节痛和腿痛

主穴：阳陵透阴陵。备穴：环跳、殷门。

治法：先用主穴，若无效用备穴，或主、备穴交替用。髋关节痛针环跳，配昆仑透太溪。膝关节痛针阳陵透阴陵，或与足三里交替用。踝关节痛或足背部痛针昆仑透太溪，配太冲。

（3） 脊柱关节和腰背痛

主穴：定喘、肾脊。备穴：大椎、人中。

（4） 全身肌肉痛

主穴：曲池、足三里。备穴：外关、阳陵泉、大椎。

治法：有结节红斑或发烧先用主穴，烧退红斑退则主、备穴交替用，脊背骨痛加大椎。

2．肌病（包括风湿、炎症、软组织扭伤或劳损等）：

（1） 颈项部痛

取穴：后溪、风池（可透针）。

（2） 上肢痛

取穴：曲池、外关，必要时配用合谷。

（3） 腰背部痛

取穴：后溪、承山，配用定喘穴。

（4） 腰骶部痛

取穴：昆仑、大椎，配用哑门穴。

（5） 臀髋部痛

取穴：殷门、环跳，交替用。

（6） 大腿部痛

取穴：曲池（针对侧），患侧阳陵透阴陵。

（7） 小腿部痛

取穴：外关（针对侧），患侧昆仑透太溪。

3．腰腿痛：

主穴：殷门、阳陵泉。备穴：环跳、承山。

心血管系统疾病

1．高血压病：

主穴：曲池、足三里。备穴：阳陵、印堂。

治法：针双侧主穴，血压下降后，交替用一侧。头痛、头晕加印堂。腿软无力加阳陵。失眠和食欲不振加足三里。

2．心绞痛：

取穴：内关（可透外关）、人中。

3．低血压症：

主穴：人迎、太冲。备穴：内关、人中。

治法：人迎点刺3～4分，手法由弱到强（人迎在喉结旁开二横指）。

4．无脉症：

取穴：内关、通里（神门上1寸）。

5．心慌、心跳：

主穴：内关、膻中。备穴：神门、间使（神门在腕关节小指侧掌后横纹头陷处，间使在内关上1寸）。

6．心房纤维颤动：

主穴：内关、通里。备穴：心俞、神门。

7．贫血：

主穴：足三里。备穴：曲池。

8．再生障碍性贫血：

主穴：大椎、肝俞、内关。备穴：足三里、三阴交、曲池。

五官科疾病

1．牙痛：

主穴：合谷、牙痛穴、下关。备穴：悬厘透上关、下医风（下医风穴在医风下5分稍后，向颧髎方向直刺，达颧骨，稍退针，捻转，获针感后出针，针此穴可拔牙）。

2．鼻炎、副鼻窦炎：

主穴：印堂、迎香。备穴：合谷、上颌窦穴。

治法：鼻炎：迎香配合谷。上颌窦炎：上颌窦穴配合谷。筛窦、额窦炎：印堂配合谷（上颌窦穴在迎香穴上一横指处）。

3．下颌关节炎：

取穴：①下关、医风。②颊车、合谷。两组交替使用。

4．近视：

主穴：承泣透睛明。备穴：鱼头、鱼腰、鱼尾、睛明、内明、上明、下明。

治法：复视针鱼腰或上明。近视针上明或睛明。散光针鱼尾加内明或外明。外斜针内明。内斜针外明（将眶上缘分三段，内明穴在眶上缘内1/3处，外明穴在眶上缘外1/3处，上明穴在鱼腰下眶上缘中1/3处也叫内、外、上睛明穴）。注意事项：让患者在眼周围坚持长期作推、按、擦手法。治疗期间不看电影，少看书，不戴眼镜，定期测视力）。

5．迎风流泪：

取穴：睛明，配上明和球后。

6．结角膜炎（火眼）：

主穴：睛明、太阳。备穴：眉中、风池、合谷。

治法：病重可太阳透率谷或太阳穴放血。

7．青光眼：

主穴：印堂、合谷、太阳、曲池。备穴：风池、四明、睛明。

8．白内障：

主穴：睛明、下睛明。备穴：太阳、少泽、医明、鱼尾、合谷（少泽穴在小指甲根部外侧一分处）。

9．夜盲症：

主穴：承泣透睛明。备穴：肝俞、足三里。

10．倒睫：在倒睫的睑缘上，用针点刺出血，再针攒竹，每日一次。

11．翼状胬肉：先用针尖轻轻剥离胬肉，后点刺或划刺胬肉根部，此时眼球酸胀、流泪，然后加配太阳或少泽，每日一次，轻者数日可愈。

12．视神经萎缩：

主穴：睛明、太阳、球后。备穴：风池、外关、合谷。

13．鼻出血：上星、大椎。每日一次。点刺出血。

14．眩晕病（头迷糊）：取内关、太冲穴，配百会、四渎。

15．腮腺炎：医风、颊车、合谷，配曲池。

妇产科疾病

1．月经不调：

主穴：关元、阴陵泉。备穴：中极、三阴交、

足三里。

治法：体壮针主穴，体虚针关元加足三里，下腹部痛针关元透中极。在月经前与月经后各针5～7次。

2．痛经：

主穴：中极、三阴交。备穴：肾脊、阴陵泉。

治法：月经前2～3天开始针，月经后再针3～6次，经期疼痛发作时，针十七椎穴1.5～2寸深，止痛效果好。

3．闭经：

主穴：中极、三阴交。备穴：足三里、复溜。

4．子宫脱垂：

主穴：维胞穴。备穴：曲骨、太冲、三阴交。

治法：维胞穴两侧同针，沿腹股沟斜刺2～4寸，大幅度捻转，使患者觉会阴部抽动，再配三阴交，或改用曲骨配太冲。

5．慢性附件炎：

主穴：关元、水道（关元旁开2寸）。备穴：阴陵泉、子宫穴。

6．阴道炎：关元、三阴交，配肾脊（腰背痛用）。

7．卵巢囊肿：①关元、子宫、三阴交。②直刺入囊肿，针柄加温灸，每日一次，中等刺激。

8．产后血昏（产后出血所致）：

主穴：人中、关元。备穴：足三里、三阴交。

治法：急救用主穴，症状减轻改用备穴。

9．子宫功能性出血：

主穴：关元、三阴交。备穴：中极、血海、阴陵泉、隐白。

治法：用主穴，若无效用中极配血海，可艾灸隐白、三阴交（隐白穴在足𧿹趾内侧趾甲根旁1分处。血海穴在膝盖骨内缘上2寸）。

10．胎位不正：

治法：艾温灸至阴穴10～15分钟，局部感到温热即可，每日一次，1～3次胎位可恢复正常（至阴穴在足小趾甲根部外侧角1分处）。

11．死胎：

主穴：合谷、三阴交。备穴：关元、阴陵泉。

治法：轻刺合谷，重刺三阴交，使针感放散到下腹部，每日针2次，连针1～3天。

12．催产：取合谷、足三里。强刺激，留针。

13．乳腺炎：

主穴：膻中、合谷。备穴：外关、后溪、乳根（乳根穴在乳头直下，乳房根处，平刺1.5～3寸）。

14．缺乳：取膻中、曲池。

治法：刺入膻中后，针尖向左、右乳房平刺1.5～3寸，压住针体进针，以防刺入胸腔。

15．退乳：取足临泣、悬钟。

治法：两穴左右交替用一侧，一般针1～3次可退乳（足临泣穴在第四、五跖趾关节后5分）。

小儿科疾病

1．小儿消化不良：

主穴：足三里。备穴：关元、止泻穴。

治法：备穴交替用一穴(止泻穴在脐下2.5寸)。

2．小儿抽风：

主穴：风池、后溪。备穴：长强、足三里。

3．百日咳：

主穴：天突、定喘。备穴：内关、曲池。

4．小儿麻痹：

上肢麻痹治疗：曲池、外关、治瘫1、2、3及穴位结扎所取之穴位均可。

下肢麻痹治疗：阳陵泉、环跳、承山、治瘫4、5、6、7及穴位结扎常选用之穴位均可。

用强刺激手法，足内翻针悬钟，足外翻针三阴交，足下垂针解溪及条口。同时配合功能锻炼、推拿按摩、热敷等物理治疗。

皮肤科疾病

1．荨麻疹、湿疹、皮肤搔痒症：

主穴：曲池、足三里。备穴：合谷、血海、百

虫窝（百虫窝穴在血海穴上1寸）。

2．结节性红斑（皮下结节、风湿性或结核性）：

取穴：曲池、足三里。

治法：上肢者针曲池，下肢者针足三里，全身者针曲池、足三里交叉各选一侧。

3．阴囊炎：

主穴：血海。备穴：三阴交、足三里。

4．颈部多发性疖肿：

取穴：①风池透风池，配大椎、曲池。②三棱针划割督俞、膈俞。

治法：①组每日针一次，中刺激。②组隔3～5日划割一次（膈俞在第七胸椎下旁开1.5寸，督俞在膈俞上一椎）。

5．脚癣：

取穴与治法：①行间、太溪，每日一次。②外踝尖部用三棱针放血。

6．多汗症：取定喘，配复溜、后溪。

7．过敏性颜面肿（日晒性皮炎）：

取穴与治法：四白、合谷。中刺激（四白穴在承泣穴下3分即瞳孔直下1寸）。

其他疾病

1．落枕：取落枕穴，配风池、外关、后溪、新设，必要时改用点穴按摩。

2．甲状腺肿（地方性大脖子病）：

治法：针刺入肿物内，重提插捻转，一般针2～3针，每周针三次。注意：勿伤及大血管和喉头；若效果差改用粗针；加配天突、曲池穴；结节减小后，皮肤松弛用梅花针刺激局部。

3．颈淋巴结核：

治法：适于无化脓者，火针刺淋巴结中心处，每周1～2次。

4．腱鞘囊肿：

治法：①固定囊肿，三棱针刺囊肿中间，出针后挤出液体，用碘酒棉球加小木板包扎固定。②针刺正中，前后左右交叉刺入基底部，出针后猛击局部。③推挤法：用力将囊肿推破，使囊肿离开基底部，必要时可用局麻。

5．休克、昏迷：

主穴：人中，内关。备穴：足三里、十宣。

治法：先用主穴，作间歇性强刺激至清醒。必要时用备穴（十宣穴在十指尖处，点刺出血）。

耳针疗法

耳针疗法就是在耳壳上针刺治疗疾病的一种方法。它具有适应症广、奏效快、操作简单、副作用

少、易学习掌握等优点，目前不但用于治疗，还可以做诊断用。符合多、快、好、省的精神，符合毛主席“**备战、备荒、为人民**”的战略思想。

1．耳壳的表面分区：

（1） 耳垂：耳壳下部无软骨的皮垂。

（2） 对耳屏：与耳屏相对的隆起部分。

（3） 耳轮：耳壳最外圈的卷曲部分。

（4） 耳轮脚：耳轮深入到耳腔内的横行突起部。

（5） 对耳轮：与耳轮相对的隆起部。

（6） 对耳轮上脚：对耳轮向上分叉的一支。

（7） 对耳轮下脚：对耳轮向下分叉的一支。

（8） 三角窝：对耳轮上下脚之间构成的三角形凹陷。

（9） 耳舟：耳轮和对耳轮之间的陷沟。

（10） 耳屏：耳壳前面的瓣状突起，又称耳珠。

（11） 屏上切迹：耳屏上缘和耳轮脚之间的凹陷。

（12） 屏间切迹：耳屏与对耳屏之间的凹陷。

（13） 耳甲窝：耳轮脚以上的耳腔部分，又称耳甲艇。

（14） 耳甲腔：耳轮脚以下的耳腔部分（图3—29）。



图3—29　耳壳表面解剖图

2．耳针的穴位：

耳穴又称反应点、良导点、敏感点。当人体内脏或躯体患病时，就会在耳壳上一定的部位出现反应，如压痛点、电阻变低、变形变色，这些部位就是针刺点，故称耳穴。耳穴的分布是有一定规律性的，一般说来，耳壳好象一个子宫内倒置的胎儿，头部朝下，臀部朝上，因此耳穴分布：

（1） 耳垂相当于面部：包括上颌、下颌、上颚、下颚、眼、耳道、扁桃体、喉牙等穴位。

（2） 对耳屏相当于头部：包括皮质下区、

枕、额、平喘、腮腺等穴位。

（3） 耳轮脚相当于膈。

（4） 对耳轮相当于脊柱：包括颈椎、胸椎、腰椎、骶椎、颈项、胸、腹等穴位。

（5） 对耳轮上脚相当于下肢：包括趾、跟、踝、膝等穴位。

（6） 对耳轮下脚相当于臀部：包括坐骨神经、臀、交感神经等穴位。

（7） 三角窝相当于生殖器官：包括子宫、神门、股关等穴位。

（8） 耳舟相当于上肢：包括锁骨、肩关节、肩、肘、腕、指等穴位。

（9） 耳屏相当于内鼻部、咽喉部、屏尖、肾上腺等穴位。

（10） 屏上切迹相当于外耳。

（11） 屏间切迹相当于内分泌、卵巢等穴位。

（12） 耳甲窝相当于腹部：包括膀胱、肾、胰、胆、肝脾等穴位。

（13） 耳甲腔相当于胸部：包括心、肺、肝、三焦等穴位。

（14） 耳轮脚周围相当于消化管：包括口、食道、贲门、胃、十二指肠、小肠、阑尾、大肠等穴位。

（15） 耳壳背面相当于背部：包括上背、下背、降压沟等穴位。

3．方法和步骤：

（1） 先向病人说明耳针的性质，刺得疼痛疗效较好。通过解说可以预防晕针发生。

（2） 通过诊断，决定针刺点，用探穴针轻、慢、均匀的探求反应点。

（3） 对针刺部位和针具进行酒精消毒。

（4） 找到反应点后立即刺入，以不穿透耳壳为原则，一般刺到软骨上即可。

（5） 探找反应点应先在患侧耳上，若未测得反应点，应在对侧耳上探找（因为有8～12%病人有交叉现象）。

（6） 针具采用28号半寸毫针较好。

（7） 治疗关节疾患时，需同时活动该关节，可增强疗效。

（8） 疗程：视病情而定，一般10～12次。

4．注意事项：

（1） 妊娠2～5月最好不针，5～9月最好不用子宫、内分泌、腹、皮质下等穴位。

（2） 过度疲劳的病人取平卧位，防止晕针。

（3） 耳壳冻伤或有炎症禁针，以防炎症扩散。

（4） 晕针的处理同新针，一般很少出现。

5．各系统取穴、配穴如下：

（1） 消化系统：腹、胃、大肠、小肠、胰、

胆、肝、脾、交感、神门。

（2） 呼吸系统：平喘、气管、肺、肾上腺、胸、枕、神门、内分泌、交感、皮质下。

（3） 循环系统：心、肺、肾上腺、肾、交感、内分泌、三焦、小肠、皮质下、神门。

（4） 生殖泌尿系统：肾、膀胱、内分泌、睾丸、外生殖器、肾上腺、交感、神门、枕。

（5） 神经、精神系统：皮质下、枕、神门、脑干、心、胃、肾、额。

（6） 妇产科：子宫、卵巢、内分泌、皮质下、肾。

（7） 五官科：耳病：内耳、枕、神门、肾、肾上腺、皮质下。口、咽喉病：口、咽喉、内分泌、心、肾上腺、扁桃体、神门、屏尖。鼻病：内鼻、肾上腺。牙病：喉牙、上颌、下颌。

（8） 眼科：眼、目$_1$、目$_2$、肝。

（9） 消炎止痛：相应部位穴、神门、枕、肾上腺、皮质下。

（10） 皮肤病：相应部位穴、内分泌、肺、肾上腺、枕、神门。

耳针最常用穴：皮质下、枕、神门、交感、内分泌、肾。



图3－30 耳针穴位示意图

说明

图 3－30

耳针穴位示意图

6. 治疗各论参考表

系统	疾病	主穴	配穴
消化系统	胃神经官能症	胃、十二指肠、交感	肝、神门、枕
	急慢性胃炎	胃、小肠	交感、神门
	胃溃疡	胃、交感、皮质下	神门、腹
	十二指肠溃疡	十二指肠、交感	同上
	过敏性肠炎	大、小肠，交感，内分泌	肝、神门
	消化不良	胃、小肠、胰、胆	内分泌、脾
	肠炎	大、小肠，交感	神门
	胆道蛔虫症	交感、神门、胰胆	肝、皮质下
	胆石症	同上	同上
	腹泻	大小肠、交感	神门
	急、慢性阑尾炎	阑尾、交感	大肠、神门
	恶心呕吐	胃、交感、神门	皮质下
	肠结核	大小肠、交感	神门、枕
	便秘	直肠下段、大肠	皮质下

系统	疾病	主穴	配穴
消化系统	腹胀气	胃、大小肠	交感
	肠绞痛	小肠、交感	神门
	膈肌痉挛	膈、交感、神门	皮质下
呼吸系统	哮喘	平喘、肺、肾上腺	神门
	支气管炎	同上	神门
	咳嗽	同上	神门、气管、交感
	百日咳	同上	神门、气管
	胸闷	肺、心、交感	神门、胸
	伤风	皮质下、内鼻	肾上腺、神门
神经系统	脑震荡后遗症	皮质下、神门、脑干	心、胃、肾
	脑膜炎后遗症	同上	同上
	神经衰弱	皮质下、胃、神门	心、肾
	癔病	同上	同上
	精神分裂症	脑干、同上	同上
	癫痫（羊痫疯）	同上	同上

系统	疾病	主穴	配穴
神经系统	头痛、头昏	皮质下、额、枕	神门
	失眠	皮质下、神门	枕、肾
	多梦	同上	同上
	偏头痛	皮质下、太阳	枕、额
	癔病性瘫痪	皮质下、枕、神门	心、胃、脑干
	癔病性失语	脑点、枕、额	神门
	肋间神经痛	胸、神门	枕
	胸痛	同上	皮质下
	坐骨神经痛	坐骨神经、臀	肾上腺、神门
	坐骨神经炎	同上	同上
生殖泌尿系统	附件炎	子宫、卵巢	内分泌、神门
	子宫内膜炎	子宫、内分泌	肾上腺、卵巢
	子宫脱垂	子宫、皮质下	
	痛经	子宫、交感	神门、皮质下
	白带过多	子宫、内分泌	神门、卵巢

系统	疾病	主穴	配穴
五官科	外耳道疖	内耳、神门	肾上腺
	眩晕病	皮质下、内耳、枕、肾，体针：曲池	神门、额、足三里
	晕车、船	皮质下、内耳、胃	枕、额、神门
其他	颈扭伤（落枕）	颈、颈椎	
	挫伤、压伤	相应部位、神门	皮质下、肾上腺
	各关节扭伤	同上	同上
	肩关节周围炎	肩关节、肩	神门、肾上腺
	乳腺炎和乳腺囊肿	乳腺、内分泌	神门、肾上腺
	冻疮（1、2度）	相应部位、肾上腺	
	疖肿、痈、瘰疬（未化脓）	相应部位、肾上腺	神门
	急性蜂窝织炎	同上	神门
	脱肛	直肠下段、皮质下	
	麻痹性肠梗阻	大肠、小肠、交感	皮质下、腹

水针疗法

1．治疗腰腿痛：

（1） 痛点部位：

腰痛：凡第四、五腰椎两侧肌肉痛、腰骶部痛并影响下肢者（坐骨神经痛的症状），其痛点多在髂后上棘、骶髂关节、髂嵴边缘、骶骨缘。凡臀部、大腿、小腿外侧麻木、酸软、怕冷、疼痛，行走时症状加重者，痛点一般在髂嵴下缘和髂前上棘的软组织。大腿前面酸痛无力，登高时疼痛加剧，抬腿困难者，痛点一般在腹股沟髂腰肌处(图3—31.1)。

膝关节痛：痛点多在股外侧肌止点，股内侧肌止点，髌骨内、外、下缘，膝关节两侧。很少发生在关节腔内（图3—31.2)。膝关节痛并不只局限在膝关节前面，它与小腿部肌肉痛有密切关系。如腓肠肌外侧头可引起膝关节酸痛、怕冷的感觉。亦有少数病人因腰痛引起关节痛。

肩关节痛：肩关节痛多发生在其周围组织，很少发生在肩关节内。痛点都在肩胛岗上、下的软组织，如岗上肌、岗下肌、小圆肌、大圆肌、三角肌、喙肱肌等（图3—31.3)。这些肌肉有病变时可影响肩胛骨功能。如上肢痛、麻感，甚至引起上肢某些肌肉萎缩。

（2） 治疗方法：痛点选准后，局部常规消

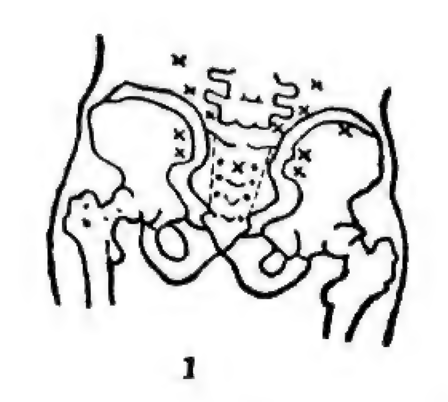




图3—31 水针常用痛点部位图

毒，用5～10%葡萄糖注射液准确地注入疼痛部位，用量及注射深度依病变部位的大小、深浅而定。一般一次局部注射最多20毫升。如果疼痛消失遗留酸胀感，可在葡萄糖内加入二分之一或三分之一量的碳酸氢钠（4～5%的）或加维生素B_1。得病时间长，自觉症状与气候变化关系密切，疼痛又不十分剧烈者，用生理盐水或0.45%盐水做痛点注射，亦有疗效。病变部位浅者，取等量生姜、大蒜砸成糊，加入少量酒精或米酒外敷。还可用适量辣椒在酒精内泡一周（内加适量樟脑、薄荷作用更好），用此液涂局部，一日一次，方法简单，效果好。

（3） 注意事项：

① 注射后局部有胀感，半天内局部可轻度不适和疼痛，故以隔2～3天注射一次为宜。少数病人注射后当晚发烧，次晨即退，对症处理即可。

② 一般无特殊禁忌症，但妊娠期间多不作腰骶部注射，患急性传染病、感冒、发热等暂不用此法治疗。

③ 首次治疗或年老、体弱者，一次注射部位和用药量不宜过多。

④ 药液不宜注入关节腔，如误入关节腔，可能引起关节红肿、疼痛及发烧，2～3日自行消退。

（4） 适应症：凡慢性腰腿痛、肩部疼痛或伴有麻木感者，均可应用。

2．治疗神经衰弱：

取穴：足三里、三阴交。

方法：穴位消毒后，用0.25%普鲁卡因12毫升，每穴注入6毫升，当刺入时病人有酸麻感为好，一日一次，五天为一疗程，休息两天再作第二疗程，一般3～4个疗程见效或症状消失。

注意：先作普鲁卡因过敏试验。

3．治疗烧伤、烫伤：

取穴：在未烧伤部位，按烧伤所在部位循经取穴。如胸部烧伤取足太阴脾经的胸乡穴和足阳明胃经的气户穴；足背伤取足三里、合谷。

方法：小剂量青霉素穴位注射，一次总量不超过一万单位，取穴少者用一千单位加0.25%普鲁卡

因1毫升，取穴多者用两千单位加0.25%普鲁卡因2毫升。此法对小面积烧伤及烫伤有止痛、消炎及促进伤面愈合作用。

注意：先作青霉素及普鲁卡因过敏试验。

4．治疗血栓性外痔：

方法：上唇系带部消毒后，在其两旁粘膜处各注射0.5～1%普鲁卡因1.5毫升，每日一次，共3～8次。

适应症：血栓性外痔，血栓机化者疗效差。

注意：先作普鲁卡因过敏试验。

手针疗法

1．特点：①疗效快，效果好。②方便、简单，不受条件限制。③穴位少，易掌握，便于普及，适合农村。

2．刺激点及主症：

（1）内踝痛点：拇指掌指关节桡侧赤白肉际处。

（2）胸痛点：拇指指间关节桡侧赤白肉际处。

（3）眼痛点：拇指指间关节尺侧赤白肉际处。

（4）肩痛点：食指掌指关节桡侧赤白肉际处。

（5）前头痛点（胃肠痛、阑尾炎、膝关节痛、踝及趾关节扭伤）：食指第一指间关节桡侧赤白肉际处。

（6）头顶痛点：中指第一指间关节桡侧赤白肉际处。

（7）偏头痛点（胸肋痛、肝痛、胆绞痛、肋间神经痛）：无名指第一指间关节尺侧赤白肉际处。

（8）会阴痛点（肛门痛）：小指第一指间关节桡侧赤白肉际处。

（9）后头痛点（扁桃体炎）：小指第一指间关节尺侧赤白肉际处。

（10）脊柱痛点（尾骨痛）：小指掌指关节尺侧赤白肉际处。

（11）坐骨神经痛点：第四、五掌指关节间，靠近第四掌指关节处。

（12）咽喉、牙痛点：第三、四掌指关节间，靠近第三掌指关节处。

（13）颈项痛点：第二、三掌指关节间，靠近第二掌指关节处。

（14）腰痛点：手背腕横纹前一寸半，第二伸肌腱桡侧，第四伸肌腱尺侧处。

（15）胃肠痛点：劳宫穴与大陵穴连线中点处。

（16）哮喘、咳嗽点：手掌侧食指掌指关节尺

侧。

（17） 夜尿、尿频点：掌面小指第二指间关节横纹中点处。

3．针刺方法：

（1） 手的位置：自然放置。

（2） 针刺方向：除腰痛点外，其他刺激点均为沿骨膜外面垂直于掌面刺。

（3） 进针深度除腰痛点外均为3～5分。

（4） 进针手法：捻转或提插强刺激手法，一般在3分钟左右止痛后再拔针。

（5） 捻转针的同时让患者活动或按摩患处。

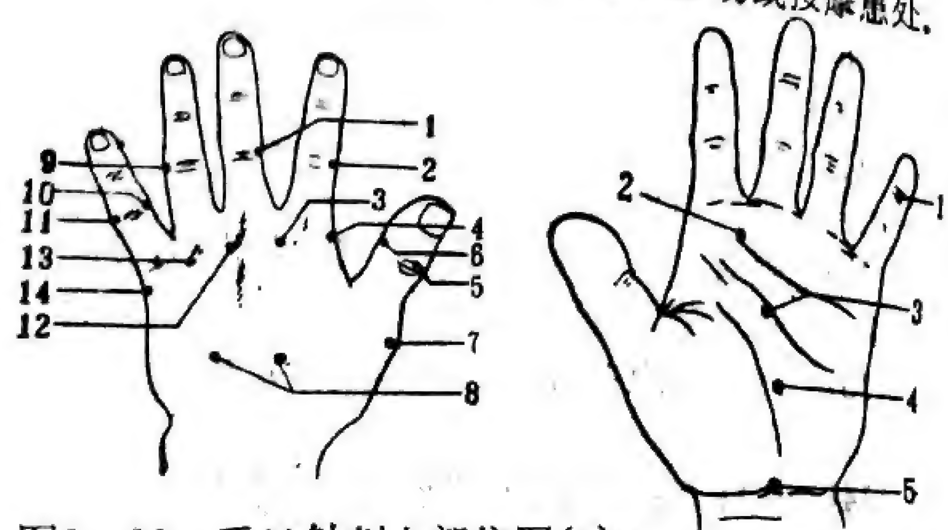


图3—32　手针针刺点部位图(1)
1．头顶痛点2．前头痛点3．颈项痛点4．肩痛点5．胸痛点6．眼痛点7．内踝痛点 8．腰痛点 9．偏头痛点10．会阴痛点 11．后头痛点 12．咽喉、牙痛点 13．坐骨神经痛点 14．脊柱痛点

图3—33　手针针刺点部位图(2)
1．夜尿点(尿频) 2．哮喘、咳嗽点3．(劳宫穴) 4．胃肠痛点 5．大陵穴

（6） 左侧痛取右侧手刺激点，右侧痛取左手刺激点，两侧痛者分别刺两手。

（7） 腰痛点针刺手法：用两根一寸毫针分别在一手的两个刺激点上，以15～30度角斜对刺于伸指肌腱下，进针5～8分深。

埋线疗法

使用器材：圆形三角针、剪刀、持针器、止血钳、镊子、注射器、医用羊肠线。

操作方法：病人取适当体位，选穴，局部消毒，用0.5～2％普鲁卡因3～5毫升进行局麻，羊肠线穿入圆形三角针上(肠线两端等长)刺入皮下层，为防止线穿过，另端可用止血钳固定，穿入深度达皮下脂肪和肌层之间，埋线长约两横指左右，剪断线，将线头埋入皮内，盖上无菌敷料，嘱患者3～5天内勿污染创面。

适应症及取穴分组配方

疾病／分组	慢性支气管炎、哮喘	慢性胃炎溃疡病	夜尿症遗尿症	腰肌劳损腰腿痛	癫痫
1	膻中定喘	鸠尾透巨阙、胃俞(双)	关元透中极、阴陵泉	肾脊透肾俞、承山	鸠尾丰隆
2	俞府中喘	上脘透中脘、脾俞(双)	肾脊透肾俞、三阴交	环跳委中	膻中足三里
3	天突、丰隆	梁丘、足三里	太冲(双)	阿是穴	长强、腰奇

注意事项：

（1） 皮肤消毒范围要大些，以防污染肠线造成术后感染。

（2） 根据病人体质及病情需要，每次选一组穴位，交替使用。

（3） 肠线吸收好，无感染者，10～15天埋一次，连续 3～4 次为一疗程。

（4） 根据情况换药，必要时行抗炎治疗。

（5） 胸背部穴，不可过深，防止刺入胸腔。

穴位刺激结扎疗法

小儿麻痹后遗症，过去被资产阶级反动学术权威判为“不治之症”，在无产阶级文化大革命中，中国人民解放军某部卫生人员，遵照毛主席“**人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进**”的伟大教导，在战无不胜的毛泽东思想指导下，发扬敢想敢干的革命精神，发展和创造了穴位刺激结扎疗法，治疗小儿麻痹后遗症，获得良好的效果，使成千上万的瘫痪病人重新站立起来，走上抓革命、促生产的战斗岗位，投入了三大革命的战斗。这是毛主席无产阶级医疗卫生路线的伟大胜利，是对大叛徒、大内奸、大工贼刘少奇的反革命修正主义医疗卫生路线有力的批判。

1. 器材准备及操作方法：

器材的准备同“埋线疗法”。另加一把尖手术刀和一把蚊式止血钳，有条件者可备消毒手套与消毒巾。

具体操作：皮肤消毒和局麻后，用刀尖在穴位旁与经络走行垂直约一横指处切一小口，用蚊式止血钳垂直分离至肌层并做按摩，酸胀时取出止血钳，用大圆三角针带双股羊肠线（粗者用一股）顺切口处穿过穴位下方，于对侧一横指处出针，抽动羊肠线进行刺激，再由原切口出针，根据需要刺激的强度决定结扎深度和紧张度，结扎完毕，剪去线头，将结头送入皮下，必要时可皮肤缝合一针，盖无菌纱布，固定，嘱患者勿污染切口。

2. 治疗范围：

目前主要用于治疗小儿麻痹后遗症，亦有用于脑炎后遗症、多种瘫痪病、肌萎缩、慢性腰腿痛、癫痫、癔病、溃疡病、哮喘、高血压、慢性肝炎、月经不调、慢性荨麻疹、湿疹、神经性耳聋、慢性支气管炎、夜尿或遗尿症等。

3. 取穴原则及新穴位介绍：

与新针疗法基本相同。但有重要血管、神经走行较表浅部位不宜结扎。采取“主带次”、“上带下”的取穴原则。上肢麻痹主要矛盾在于三角肌、肱二头肌等麻痹；下肢麻痹主要矛盾在于臀大肌及股前、外侧肌群萎缩，这些部位是选穴重点部位。

附：解放军某部在实践中发现的新穴位：

举臂：抬肩穴下2寸。

抬肩：肩峰前下1.5寸。

迈步：髀关穴下2.5寸。

跳跃：髂嵴后下2寸。

前进：风市穴上2.5寸。

纠外翻：三阴交穴下0.5寸。

跟平：内外踝连线交跟腱处。

趾平：趾根上中点。

落地：腘窝横纹中央直下9.5寸（即小腿下1/3后中点）。

阴亢：承扶穴内侧1.5寸。

腓肠：委中穴下4寸偏外1.5寸。

上阳关：阳关穴上1寸。

直立：委中穴上4.5寸偏内0.5寸。

四强：髌骨上缘直上4.5寸。

海龙县“赤脚医生”毛泽东思想学习班，在学习解放军先进经验基础上，又选用以下六个新穴位治疗小儿麻痹后遗症和瘫麻病，也收到很好效果。这六个新穴位是：

抬腿穴：髌骨上缘（鹤顶穴）上四横指。

纠内翻穴．①足三里穴旁开二横指。②悬钟穴上二横指。

外展穴（治瘫2）：三角肌中点。

伸肘穴：臂臑穴下二横指。

屈肘穴：肘横纹上四寸。

旋臂穴（庆大穴）：曲池穴下四横指。

附：结扎穴位组合表

组合	上肢	下肢	足内翻、下垂	足外翻、下垂
一	高举 旋臂	跳跃、承山、抬腿	纠内翻①、跟平（埋线）	纠外翻、落地
二	外展 曲池	迈步、落地、阳陵泉	纠内翻②、落地	阴陵泉、跟平（埋线）
三	屈肘 外关	足三里、前进、三阴交	阳陵泉、解溪（埋线）	漏谷、趾平（埋线）
四	抬肩 合谷	八髎（选一组）、新建、悬钟	丰隆、趾平（埋线）	地机、解溪（埋线）

4．禁忌症和注意事项：

（1）肺结核活动期、发烧病人、严重心脏病者、妇女妊娠和月经期、普鲁卡因过敏、出凝血时间延长等禁用或慎用。

（2）骨关节变形，先天性或后天性脑神经损坏严重，大脑与周围神经联系有严重障碍者，疗效较差或无效。

（3）操作时避免暴力，防止折针。

（4） 切口要小，防止出血。消毒要严格，防止感染。

（5） 在结扎同时，配合局部热敷、按摩等，特别要加强体力活动和功能锻炼。

（6） 手术中，如有头晕等现象，应休息几分钟，饮开水或吃点食物即可缓解。局部轻度红肿、酸、胀痛、麻等反应，均属正常。

（7） 根据病情需要，每次结扎一组，不超过3～5穴。

（8） 结扎羊肠线吸收较好者，一般十天左右作第二次，做2～3次即可显出疗效，可连续作4～6次。

经穴疗法

经穴疗法是中、西医结合的一种新疗法。是在毛泽东思想统帅下，根据祖国医学的有关理论和针灸知识，利用药物注射法，采取一定的手法，用少量的药物直接注射到异常变化的穴位（经穴）上，通过理化刺激和药物作用，产生必要的有效针感，以调整机体内环境的平衡，调动体内积极因素，达到治病的目的。

1．经穴触诊（诊断）方法：

（1） 触诊方法：用拇指或食指进行触摸，以检查经穴部位的阳性反应物，常用的手法有四种：

①滑动法：用指腹沿经络线轻轻滑动，便于发现经穴表层的阳性反应物。②按揉法：用力稍重，便于发现皮下组织的阳性反应物。③移压法：用力重，以指腹尖端检查深部的异常变化。④推动法：以拇指指腹沿经络线推擦，适用于四肢郄穴和腰骶部触诊。

（2） 阳性反应：即经穴的异常反应。

① 阳性反应物，在经穴上触到的一种实有物体，仅有30%左右病人出现，常见圆形、梭形、条索、连珠形及不规则形等，不同形状的结节，反应在不同部位，表示不同病症。如梭状形及粗条索的出现，表示是急性病，即中医的实症；扁圆形和细条索多为慢性病，即中医的虚症。如肺俞穴出现梭状结节，多为急性肺炎即实症；出现条索为慢性气管炎；出现扁平、椭圆形结节多为肺结核。

② 经穴上的敏感压痛：压经穴时，患者感觉酸、麻、疼痛。

③ 经穴部位的形态变化：经穴表层形态、色泽、肌肤的凸凹变化。

（3） 触诊范围：背部第一行线：脊柱两侧旁开半寸，包括各热气穴，多反应脏腑的炎性（急性）疾病；腰背部第二行线：脊柱两侧旁开一寸半，包括十二经脏腑俞穴，在经穴诊疗中很重要；背部第三行线：脊柱两侧旁开三寸；胸腹十二经之

募穴：主要用以诊疗慢性病；四肢十二经之郄穴：主要用以诊疗急性病；有特殊治疗意义的穴位：特定穴、奇穴。

（4） 循摸要点：①病人体位：脱去上衣，坐于椅上，肌肉放松，检查背部时将两肘屈曲置于大腿上，头向前倾，腰背呈弓或弧形，检查胸前时要自然坐正。②要点：以俞穴为主，某些病加特定穴，急性病加郄穴，慢性病加募穴。第一、二行线从上向下摸，第三行线从下向上摸到阳纲，应细心体会，用不同手法，在与疾病相应穴位上或其附近查出阳性反应物或其他异常反应，均作为治疗经穴。

2．注射方法：

（1） 治疗前向患者说明治疗后所出现的正常反应，如酸、胀、沉重、疲乏无力感。

（2） 皮肤消毒，选用5～10毫升注射器，4～5 1/2号针头。

（3） 右手执笔式持注射器，准确刺入穴位或反应物后，进行推药，以获得针感，一般每穴注射0.3～0.5毫升。

（4） 必要时，配合针刺治疗。

（5）每日或隔日注射一次，7～14天为一疗程，两疗程间休息3～5天。

3．治疗药物：

（1） 药物选择具备以下条件：①容易吸收而无不良作用。②具有一定刺激性，达到增强针感的作用。③注意药理作用。具备前两项条件是主要的，用一种药物治疗多种病，有时为了提高疗效，混入少量对症药物，如结核病加用微量链霉素，关节炎和感冒加入少量安乃近等。

（2） 常用药物：3％或5％当归液：自行配用，针感强且持续时间长，但儿童和年老体弱者使用浓度要低，选穴要少。还可选用自行配制的3％及5％川芎液、红花液、防风液、胎盘组织液。还可用1％维生素乙$_1$注射液、维生素丙注射液、维生素乙$_{12}$注射液等。根据具体条件和不同疾病灵活应用。

4．注意事项：

（1） 晕针和折针的预防和处理，同新针疗法。

（2） 严格无菌操作，注意药物反应。

（3） 胸背部宜斜刺，不可过深，以免伤及内脏及大血管。

（4） 头面部注射量要少，某些部位和眼附近及关节腔不宜注射，可配合针刺治疗。

5．重要经穴介绍：

（1） 第一行线：脊椎两侧旁开0.5寸

经穴	部位	主治	针法
六颈椎	第六颈椎两侧	鼻炎、嗅觉迟钝	向上斜刺，刺中反应物，进针3～5分
七颈椎	第七颈椎两侧	急慢性扁桃体炎、喉炎	直刺，刺中反应物，进针3～5分
大椎	第七颈椎与第一胸椎间，正中凹处	一切热性病	刺中反应物，刺向椎体，进针5～8分
肺热穴	第三、四胸椎间两侧	肺炎、支气管炎、肺结核	直刺，刺中反应物，进针3～5分
胃热穴	第四、五胸椎间两侧	胃炎、胃痛、齿龈肿痛	同上
肝热穴	第五、六胸椎间两侧	肝炎、胆囊炎	同上
脾热穴	第六、七胸椎间两侧	脾肿大、消化不良	同上
肾热穴	第七、八胸椎间两侧	肾炎、尿路感染	同上
筋缩	第九、十胸椎间两侧	肝痛、腰背痛	向外斜刺，刺中反应物，进针5～8分

（2） 第二行线：脊椎两侧旁开1.5寸

经穴	部位	主治	针法
风池	耳垂后平行入发际凹陷中	头痛、偏头痛、眼科疾病	刺中反应物，向斜上刺，进针3～5分
天柱	项后发际（相当第二颈椎）	头痛、颈项强直、落枕	向上斜或直刺，刺中反应物，进针3～5分
大杼	第一、二胸椎间两侧	骨结核、关节炎、肢体麻木	直刺，刺中反应物，进针5～8分
风门	第二、三胸椎间两侧	感冒、流感、支气管炎	向外斜刺，刺中反应物，进针5～8分
督俞	第六、七胸椎间两侧	脱发、头皮搔痒或脱屑	直刺，刺中反应物，进针3～5分
膈俞	第七、八胸椎间两侧	慢性出血性疾病、贫血、呃逆、神经性呕吐、荨麻疹、皮肤病	同上

注：第二行线包括十二经俞穴，见后表。

（3） 第三行线：脊椎两侧旁开3寸

经穴	部位	主治	针法
意舍	第十一、十二胸椎间两侧	神经衰弱、健忘、癔病	垂直进针，刺中反应物，进针5～8分
胃仓	第十二胸椎与第一腰椎间两侧	胃痛、神经性呕吐、消化道溃疡、胃炎、消化不良	直刺或斜刺，刺中反应物，进针8分～1寸
志室	第二、三腰椎间两侧	阳萎、早泄、遗精、阴囊湿疹、腰痛	垂直进针，刺中反应物，进针8分～1寸

（4） 有特殊治疗意义的经穴

经穴	部位	主治	针法
血压点（特定穴）	第六、七颈椎间两侧旁开2寸处	高血压	直刺，刺中反应物，进针3～5分
结核穴（特定穴）	大椎旁开3.5寸	肺结核、其他结核病	直刺，刺中反应物，进针5～8分
牵正穴（特定穴）	耳垂前0.5～1寸处	面神经麻痹、口腔溃疡或发炎	向前斜刺，刺中反应物，进针3～5分

经穴	部位	主治	针法
健胃穴（特定穴）	足三里穴下2寸	消化系统疾患、胃下垂	刺中反应物，进针5～8分
定喘穴（奇穴）	第七颈椎旁开2寸	咳嗽、哮喘	直刺，刺中反应物，进针5～8分
肩痛点	肩胛骨外缘中点处	肩痛、上肢瘫痪	刺阳性反应物，进针5～8分
腰眼（奇穴）	第四、五腰椎间、两旁0.5～1.5寸凹陷处	腰腿痛、妇科疾病	直刺，刺中压痛点，进针5～8分
提托点（维胞）	关元穴旁4寸	子宫脱垂、下腹痛、疝痛	刺中反应物，进针0.5～1寸
哑点	下颌角下胸锁乳突肌内侧缘凹陷中	哑、扁桃体炎、喉炎、急慢性咽炎	用指把胸锁乳突肌向外推移，进针0.5～1寸
足下垂点	踝关节足背中点上2寸处	小儿麻痹后遗症、足下垂、下肢瘫痪	直刺，进针5～7分
纠内翻纠外翻	承山穴外侧1寸处与内侧1寸处	小儿麻痹后遗症，足内翻、足外翻	直刺，进针5～8分外翻取承山内侧1寸，内翻则反
溃疡穴	右胃仓旁2寸	胃、十二指肠溃疡	斜上刺，刺中反应物，进针3～5分
肝炎穴	内踝上1～2寸	肝炎	直刺3～5分

俞穴、募穴、郄穴部位及针法与主治表

经名	俞穴	部位	针法	募穴	部位	针法	郄穴	部位	针法	主治
肺经	肺俞	第三胸椎下旁开1.5寸	向外斜刺5～8分	中府	锁骨外端下2寸	向外上刺3～5分	孔最	桡内侧腕上7寸	向上斜刺3～5分	肺脏及呼吸道疾患，如肺炎、支气管炎、[illegible]
心包经	厥阴俞	第四胸椎下旁开1.5寸	同上	膻中	体中线，第四、五肋间	直刺3～5分	郄门	小臂内侧中线腕上4寸	直刺3～5分	神经衰弱、[illegible]及影响心经功能的疾病
心经	心俞	第五胸椎下旁开1.5寸	直刺3～5分	巨阙	剑突下1.5寸	右侧，向斜下刺3～5分	阴郄	尺内侧腕横纹上5分	直刺5～8分	心经及循环系统疾患，胸痛、心悸亢进、神经官能症
大肠经	大肠俞	第四腰椎下旁开1.5寸	直刺8分～1寸	天枢	脐旁2寸	直刺3～5分	温溜	桡外侧腕后5分	向上斜刺3～5分	大肠、肛门、腹部疾患，如肠炎、便秘、大便失禁
三焦经	三焦俞	第一腰椎下旁开1.5寸	同上	石门	脐下2寸	同上	会宗	腕后背侧中线上3寸	直刺5～8分	水代谢障碍，如腹水、浮肿、腹泻等
小肠经	小肠俞	第一骶椎下旁开1.5寸	同上	关元	脐下3寸	直刺5～8分	养老	尺骨头隆起凹陷中	直刺2～3分	小肠及泌尿系统疾患，如[illegible]、尿闭、遗尿等

经名	俞穴	部位	针法	募穴	部位	针法	郄穴	部位	针法	主治
肝经	肝俞	第九胸椎下旁开1.5寸	直刺5～8分	期门	乳下二肋内开1.5寸	中线旁2寸刺5～8分	中都	胫骨内缘内踝上7寸	向上斜刺3～5分	肝经及肝胆疾患，如肝炎、眼疾病、高血压等
脾经	脾俞	第十一胸椎下旁开1.5寸	直刺8分～1寸	章门	第十一肋端	直刺5～8分	地机	小腿内侧中线内踝上8寸	直刺3～5分	胃肠及胰脾疾患，如溃疡病、肠炎、胰腺炎等
肾经	肾俞	第二腰椎下旁开1.5寸	同上	京门	第十二肋端	向外斜刺3～5分	水泉	足内踝下后1寸	向上斜刺2～3分	肾经及生殖泌尿疾病，如腰痛、遗精、遗尿、耳鸣等
胆经	胆俞	第十胸椎下旁开1.5寸	直刺5～8分	日月	乳头下第七、八肋软骨间	向外斜刺3～5分	外丘	腓骨后缘外踝上7寸	向上斜刺5分～1寸	胆经疾患，如胆囊炎、坐骨神经痛、风湿性关节炎、肝炎
胃经	胃俞	第十二胸椎下旁开1.5寸	直刺8分～1寸	中脘	剑突与脐连线中点	直刺8分～1寸	梁丘	膝前外侧上2寸	向上斜刺3～5分	消化系统疾患，如胃溃疡、胃炎、胃痉挛、呕吐等
膀胱经	膀胱俞	第二骶椎下旁开1.5寸	同上	中极	脐下4寸	向下斜刺5～8分	金门	外踝下前1寸	向前斜刺2～3分	泌尿系统疾患，如膀胱炎、遗尿、月经失调

注：刺法若穴位处或附近有阳性反应物，应刺中之，效果好。

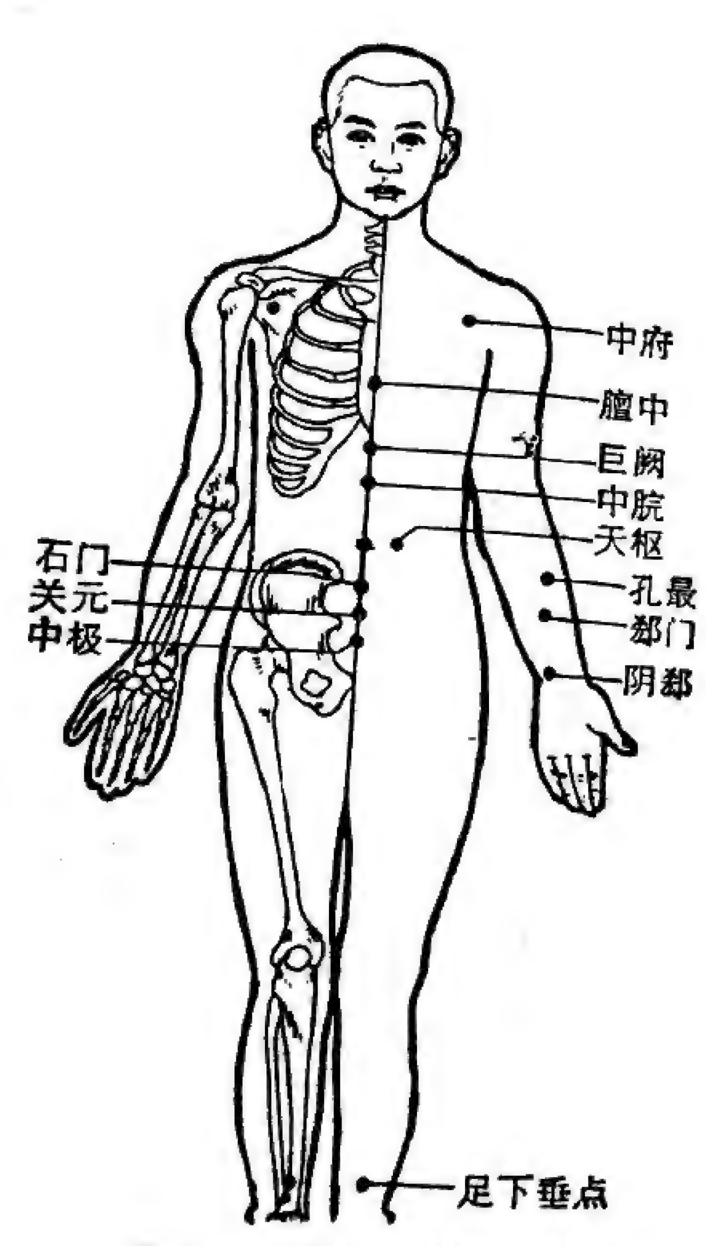


图3—34 募、郄及有关穴位图

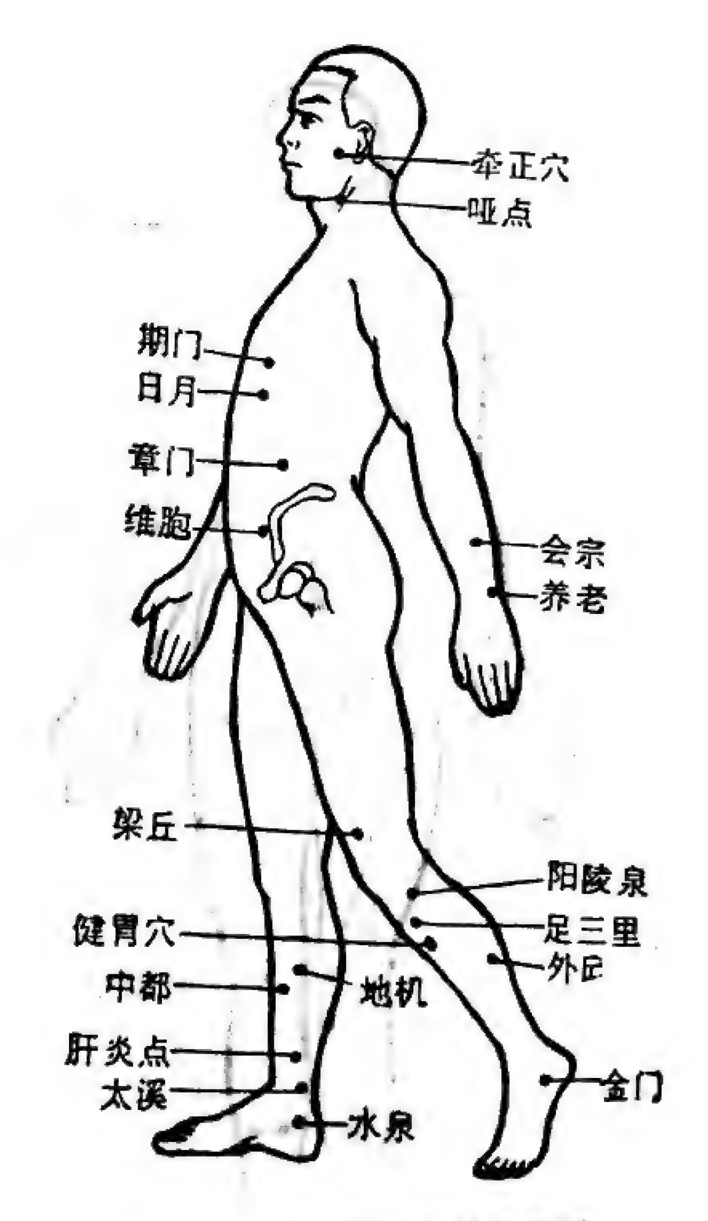


图3—35 募、郄及有关穴位图

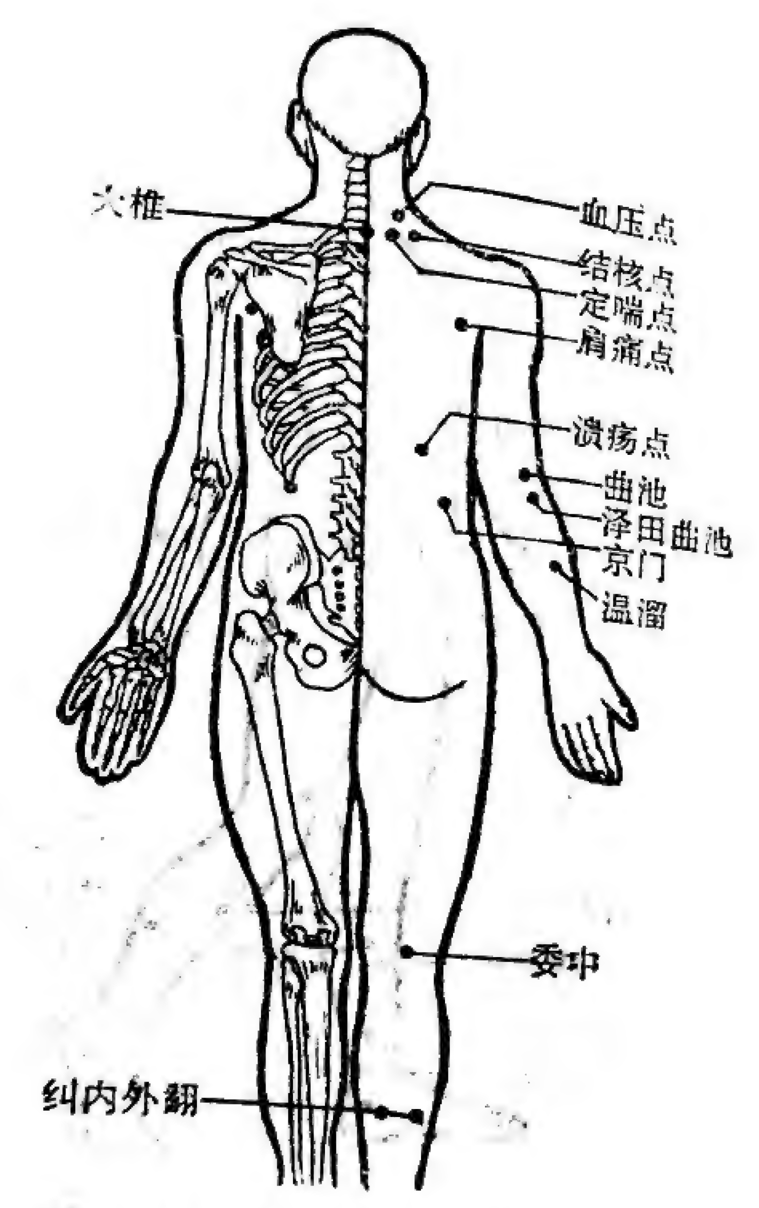


图3—36 募、郄及有关穴位图

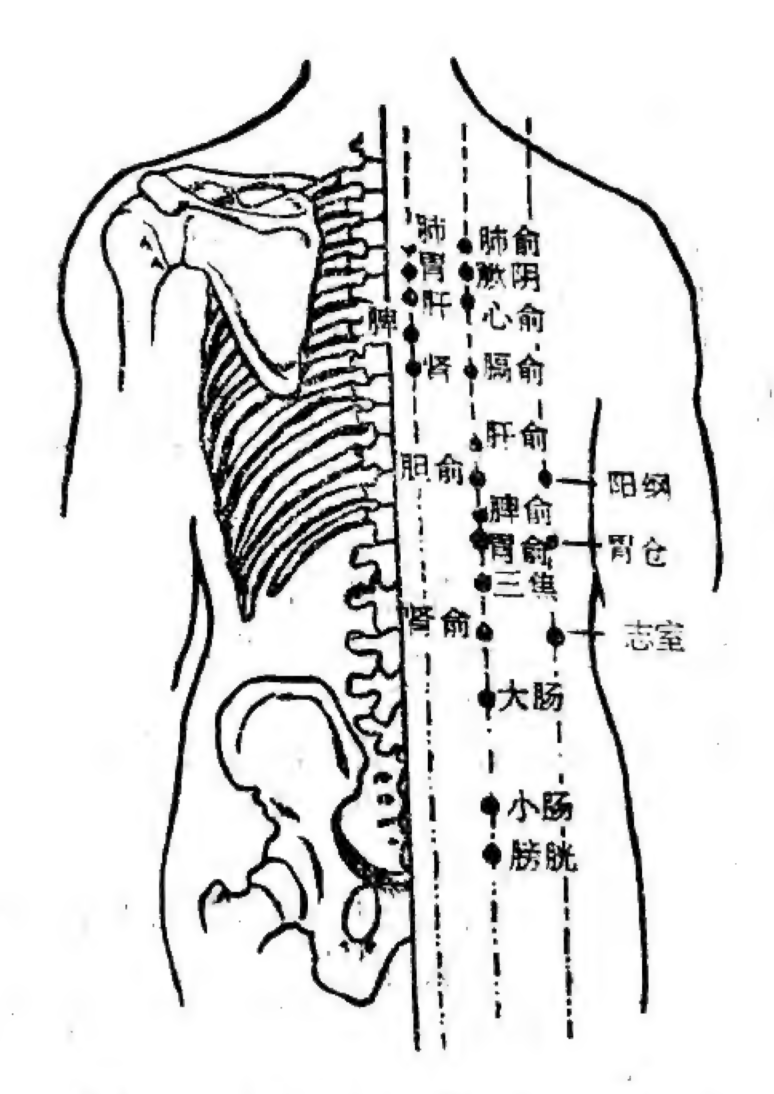


图3—37 腰、背部循摸行线及主要穴位图

第一行线脊旁0.5寸（热乞穴）
第二行线脊旁1.5寸（俞穴）
第三行线脊旁 3 寸

6．疾病治疗：

头痛、神经性头痛：双侧或单侧风池、天柱、合谷。

肩臂痛：肩甲外侧附近，肩外俞、曲池。

胸痛：肺俞、心俞、膻中、督俞、会宗。

腹痛：脾俞、胃俞、胃仓、巨阙旁5分压痛点。

腰腿痛：腰眼、肾俞、养老、痛点、足三里、阳陵泉。

咳嗽：肺俞、中府、孔最。

气喘：同咳嗽，加定喘穴，膻中。

呕吐：膈俞、胃俞，配手三里。

头昏：同头痛加肝俞。

失眠：心俞、肝俞、肾俞，加足三里。

腹泻：大肠俞、足三里、天枢。

便秘：健胃穴、温溜。

发烧：大椎两旁、泽田曲池（曲池下1寸）。

感冒：大杼、风门、曲池、大椎。

支气管炎：肺俞、中府，喘加膻中，急性加曲池，慢性加孔最。

神经衰弱：厥阴俞、心俞。

慢性肝炎：肝俞、肝热穴、肝炎穴。

坐骨神经痛：胆俞、腰骶部。

神经性呕吐：膈俞、胃俞、肝俞。

胃痛、胃炎、胃十二指肠溃疡：脾俞、胃俞、胃仓、溃疡点。

肠炎：肺俞、大肠俞、天枢。

疝气：小肠俞、关元俞、提托点。

荨麻疹、皮肤搔痒、湿疹：大椎、肺俞、膈俞、曲池，下肢者加血海，上半身者加鸠尾，皮肤搔痒症加大杼穴，湿疹配三阴交。

牛皮癣、神经性皮炎：大椎，第七、八胸椎旁，配曲池。

肾炎：肾热穴、肾俞、京门、膀胱俞。

遗尿症：肾俞、膀胱俞、关元、三阴交。

面神经麻痹：牵正穴、温溜。

关节炎：下肢者取悬钟、阳陵泉，上肢者取大椎、曲池。

聋哑：肾俞、三焦俞，配医风、听宫。

高血压：血压点、肝俞、天宗、曲池。

脱发：督俞、肾俞。

鼻炎、上颌窦炎、衄血：第六颈椎两侧、肺俞，过敏性鼻炎配泽田、曲池，衄血配肩井。

肺结核：肺热穴、肺俞、结核点。

视神经萎缩、视网膜炎：肝俞、肾俞、肺俞、风池，第四、五、六颈椎旁阳性反应物。

近视：肾俞、肝俞。

斜视：肝俞、心俞、肾俞、太阳。

糖尿病：大椎、肾俞、肝俞、三焦俞、脾俞、中脘。

肋间神经痛：肺俞、膻中、曲池。

小儿麻痹：肩俞、膈俞、养老、曲池、足三里、阳陵泉。

扁桃体炎、咽喉炎：第七颈椎旁，急性配曲池，哑点。

肺炎：肺热穴、肺俞、大椎、曲池、孔最。

颈淋巴结结核：结核穴，可加$^{1}/_{8}$克链霉素。

落枕：天柱至天容间压痛点，配悬钟。

口腔炎、口腔糜烂：牵正穴、哑点，配承浆、脾俞、曲池。

中耳炎、乳突炎：翳风、肾俞、曲池（患侧）

结膜炎：肺俞、脾俞、肝俞。

角膜云翳、角膜白斑、角膜炎：肝俞、第四颈椎旁阳性反应物。

阳萎、早泄、遗精：肾俞、志室。

月经不调、附件炎：脾俞、肝俞、关元，配三阴交。

贫血：膈俞、脾俞。

心慌、心悸：左心俞，配巨厥、阴郄。

精神分裂症、癫痫：大椎、心俞（左）、意舍，癫痫配鸠尾，哑门，精神分裂症配针刺人中。

痔、脱肛：大肠俞、关元俞，痔出血可配膈俞、孔最。

子宫脱垂：脾俞、肝俞、提托点，配膻中、气海、三阴交。

百日咳：肺俞、膻中，可配定喘穴、天突。

血栓闭塞性脉管炎：心俞、脾俞、膈俞、足内踝附近阳性反应点。

胎盘组织液穴位注射疗法

此疗法是解放军某医院在穴位刺激结扎疗法的基础上，根据肠线是异性蛋白，胎盘组织液也是异性蛋白；胎盘组织液穴位注射比穴位结扎更安全更方便等优点，经过反复试验而用于治疗小儿麻痹后遗症的一种新疗法。

1．适应症和操作方法：

（1） 目前主要用于麻痹后遗症和其他瘫痪病人。

（2） 选穴原则与穴位组合同穴位结扎法。

（3） 穴位皮肤常规消毒，取25％胎盘组织液，用普通细长针头，根据穴位深浅决定用量（每次每个穴位1～5毫升）和注射深度。

（4） 时间：一般每一周注射一次。

2．特点和注意事项：

操作简便，容易掌握，工作效率高，在找准穴位后，像肌肉注射一样，不切口，感染机会少，不

用敷料．患者痛苦小，针后即可进行功能锻炼。同一穴位可以连继多次注射，也可以采取透穴法，刺激强弱及深度、用量及取穴多少都可以灵活掌握。

胎盘组织液需保存在摄氏四度以下，否则会变质失去疗效。

卤碱疗法

卤碱疗法是无产阶级文化大革命中出现的一个新事物。贫农出身的工人、共产党员刘绍显同志靠战无不胜的毛泽东思想，发扬了敢想、敢干的大无畏革命精神，遵照伟大领袖毛主席“**中国应当对于人类有较大的贡献**”和“**全心全意地为人民服务**”的教导，搜集大量民间治疗克山病的土方土法，在广大贫下中农支持下，终于在1968年1月使用卤水熬成的卤碱（故又名68.1疗法)，首次治愈了患十余年的慢性克山病病人。从而，彻底批判了资产阶级学术“权威”把克山病列为“不治之症”的谬论，创造了世界医学史上的又一奇迹。

经过一年多的实践证明卤碱不仅对急、慢性克山病和一些常见病、多发病、普遍存在的病有良好的疗效，同时也为某些疑难病、罕见病的治疗开创了广阔的新途径。由于卤碱疗法药源充足，制作简单，使用方便，副作用小，适应症广，药价低廉，疗效好，因此，深受广大工农兵的欢迎。

卤硷疗法的发现和发展，充分显示了用毛泽东思想武装起来的人民群众具有无穷的智慧和无限的创造力。是对叛徒、内奸、工贼刘少奇的反革命修正主义医疗卫生路线的有力批判，是毛主席无产阶级医疗卫生路线的伟大胜利，是无产阶级文化大革命的丰硕成果。

1．适应症：

卤碱疗法，对许多疾病有很好的治疗和预防作用。其化学成分、作用机理及适应症正在深入研究中。目前，已用于克山病、大骨节病、地方性甲状腺肿、高血压病、风湿病、急慢性肝炎、慢性胃炎、溃疡病、支气管炎、急慢性肾炎、心脏病、某些五官科及妇科疾病、皮肤病、癌肿等多种病的治疗。

2．主要制剂的配制及用法：

（1） 卤碱粉

熬制容器：搪瓷盆、缸，镁砖或耐火砖、耐火板等砌成的池子等。

制法：取卤水块洗净，用等量或半量清水溶成液体，放置沉淀去泥渣，倒入容器内（如脸盆不超过其$^2/_3$，搪瓷缸不超过$^1/_6$)，用大（强）火加热熬成糊状，卤液表面出现大泡后又出现小泡时，逐渐减火，防卤液外溢（且熬制中不搅拌)。待表面有白霜并成凝固型，加大火熬至表面变成白色，用手指

一熬成粉末，离火即为成品。历时约1～2小时，每斤卤块约熬成3～4两卤碱成品。所得卤碱一般分成四层（上层贝壳层；次层立柱状，有蜂窝，无光泽；三层斜柱状；底层为颗粒状）。取出卤碱（块状）研碎，即成卤碱粉剂。将粉装入密闭瓶内或放在干燥处，防止潮解，备用。因为有腐蚀性，不宜用金属容器盛装。

用法：将药粉倒在适量的温开水中溶化后饭后服用。成人一般用量每次1～3克，每日三次，小儿酌减。

（2） 卤碱结晶粉

制法：取卤块10斤洗净，加水10斤溶化过滤。以110～130℃加热蒸发水分（此时卤液不沸腾）。待浓度增高，液面遇冷有晶体状物出现时，冷却。为促进结晶析出，可加少量95%酒精，搅匀，过滤除去部分水分后用抽吸法或干燥法除去水分，于炉灶上小火（约90～100℃）干燥成白色结晶即得。

此型的特点：低温熬制，保留了卤水的成分，大大减少了对搪瓷盆的损坏。本品易潮解，但药效不变。保存同粉剂。

用法：成人每次1～3克，每日三次，饭后温开水送服，疟疾可用乌梅水或五味子水送服。高血压可用夏枯草水送服，以增药效。

（3） 卤碱水溶液

① 20%卤碱液：

处方：卤碱粉1000克，稀盐酸55毫升，白糖300克，糖精0.5克，食用香精5毫升，冷开水加至5000毫升。

制法：以搪瓷盆、桶盛取冷开水2000毫升加入稀盐酸55毫升搅匀，将1000克卤碱粉分次加入，边加边搅，加完后再加盐酸调PH值至5.5～6.5，静置3～4小时后用脱脂棉滤净，将白糖、糖精用1000毫升开水溶化后加入混合，继加香精及水至5000毫升即成。

此型特点：含卤碱20%，偏酸性的无色或微黄、透明，有水果香味的液体，便于服用，易保存，副作用小，用量易于掌握，适用于一般胃肠疾患。

用法：成人每次5～15毫升，每日三次，饭后服用。

② 用上述方法，不加白糖、糖精、香精及稀盐酸，制成2～3%卤碱液，用于冲洗伤口，滴鼻、冲洗副鼻窦。

③ 可制成5%卤碱液，用于冲洗阴道，治疗滴虫病。

④ 卤碱点眼液（0.5～1%）

制法：用上述方法（其中不加白糖、糖精、香精）配制出的20%卤碱液2.5毫升或5毫升、加蒸

[illegible]眼药水至100毫升，混合滤至澄清，成含0.5或1%的卤碱眼药水，分装于眼药瓶内备用。

用法：可治疗各种眼病，每次滴1～3滴，每日3～4次，1%液可用于冲洗泪囊。

（4） 含卤水溶液（含卤水20%）

处方：卤水200克，白糖100克，糖精0.1克，食用香精1毫升，冷开水加至1000毫升。

制法：取用水洗净的卤水块200克加入约200毫升冷开水溶化(必要时加热)滤净加白糖、糖精（用少量水溶化后加入)、香精，最后加水到1000毫升。

用法：成人每次5～10毫升，每日三次，饭后服用。肿瘤患者每次5～10毫升，每日六次，饭前饭后各服一次。

（5） 乌梅卤水

制法：用非金属器皿盛50%卤水1000毫升加乌梅100克煮沸20分钟后冷置，用两层纱布过滤除渣即成。

此型特点：要求1000毫升熬成800～850毫升，熬制后液体呈黑褐色，有类似腐脂质臭味液体。

用法：用于治疗恶性肿瘤，以消化道肿瘤和阴茎癌为好。成人一般每次2～5毫升，每日六次，饭前饭后各服一次。

（6） 卤碱灌肠液（含3%）

处方：卤碱粉30克，稀盐酸适量，新鲜稀米汤500毫升，加水至1000毫升。

制法：取鲜稀米汤（大米或高粱米汤均可），置于干净洗脸盆内，将卤碱粉分次搅拌加入后，倒入稀盐酸，用稀盐酸调节PH值至6～7，加水至1000毫升即成。

用法：此液不能久存，即制即用，用于细菌性痢疾、肠功能紊乱等症。成人每次50～100毫升，每日一次保留灌肠。

（7） 卤碱软膏（含3%、10%）

制法：取卤碱100克研细，过细筛，用少量液体石腊调成糊状，加凡士林至1000克，用锅蒸半小时后取出搅拌均匀即成10%卤碱软膏。3%软膏可按上法制成，亦可取10%软膏300克，凡士林700克混合研匀即成。

用法：10%软膏用于脂溢性皮炎、牛皮癣等症；3%软膏用于外伤感染、神经性皮炎等症，每日1～2次涂擦患处。

（8） 卤碱注射剂

处方：卤块50克，蒸馏水加至500毫升。

制法：取塘沽或汉沽卤水块（或卤碱粉，不用洗）50克，用蒸馏水洗净，加50毫升蒸馏水溶解，配成50%溶液，加适量活性炭，加热煮沸15分钟，然后过滤至溶液澄清无色或显极微黄色，加蒸馏水稀释至10%，用浓盐酸调节PH值至6.0～7.0，用

三号垂熔漏斗或六层脱脂棉过滤两次，灭菌。

用量用法：肌肉注射用10%溶液，成人每次250毫克，每天1～2次。静脉注射成人每次10毫升，加入等量10%或25%葡萄糖缓慢静注，速度约每三分钟注入1毫升，如注射过快出现氯化钙样(发热)反应。每日1～2次。

（9） 卤碱片剂

规格：片重0.55克，每片含卤碱粉0.5克。

用法用量：成人每天5～6克，分三次服，10～15岁3～5克，10岁以下2～3克，分2～3次服。

3．注意事项：

卤碱口服后有烧心、腹泻、个别有呕吐、恶心、头昏。用量大时副作用较明显，副作用一般在服药后一周左右自行缓解。如出现较重的副作用，可减量或暂时停药，或加用收敛药。口服粉剂时不宜吃酸、辣、酒、豆浆、牛奶等。有呕血、便血者不宜口服粉剂以防大出血。卤碱在很多疾病治疗过程中，用后症状好转或显著减轻，经治一段时间后病情仍同初病时一样或增剧（称之为“反跳”现象)，应坚持治疗，病情很快好转。

临床实践证明，连续数月大量服用卤碱的病人，未发现心、肾、神经、血液等系统之毒性反应。根据动物试验，其致死量远远大于目前治疗剂量。卤碱在服用期间不需忌任何食物。

穴位钢圈埋藏疗法

1．适应症：

慢性支气管炎，喘息性支气管炎，支气管哮喘，肺原性心脏病，肺气肿，支气管扩张等。

2．穴位及作用：

主穴：定喘，有制喘、止咳、通气、祛痰等作用。

配穴：气海、天突，有止咳、止喘作用；肺俞、中喘，有止喘、通气作用；丰隆、膻中，有祛痰作用。

3．配穴法：

选“定喘”为埋环穴。再选1～2个配穴埋线或针刺。

4．不锈钢圈做法：

医用不锈钢丝23～24号均可，做成直径0.4～0.5厘米圆圈，接口扣紧、锉平。

5．埋藏方法：

（1） 穴位：定喘（双侧）。

（2） 体位：正坐桌前，双手抱肘，头枕于两肘中部。

（3） 皮肤常规消毒，范围25～30厘米，用1～2%普鲁卡因3～4毫升在穴位处麻醉。

（4） 穴位上做0.8～1厘米长纵(或横)切口，深至肌肉表面，剪除皮下组织少许，平放消毒好的不锈钢圈一个，缝合皮肤一针，敷以消毒纱布，术后5～7天拆线。

（5） 注意点：

穴位要准，手术不可切至肌层，以防出血；术后不食刺激性食物；肺部感染重可配合抗菌素治疗；效果不好者，一周后再做第二次。

附：几种简易疗法

艾灸疗法

用艾绒做成艾柱或艾条，直接或间接放在人体表面的一定穴位上，用火点燃，温热穿透皮肤深层，由表及里，达到调节神经、经络、体液等作用。

1．适应症及注意事项：

（1） 身体衰弱及慢性病，和一些针刺效果不好的病人。

（2） 痹症（风、寒、湿所致肌肉关节痛）。

（3） 面部及孕妇腹部禁灸，乳头部防烧伤。

（4） 热性病不灸。

2．艾灸种类及方法：

（1） 直接灸：用艾柱放在所需施灸的穴位上，点燃后，当病人感到不可忍受时，取下再换一个，视病情需要每次灸5～10个，多则数十个。

（2） 间接灸：点燃艾条，放在治疗穴位的一定高度上，上下起动，防止烧伤，灸至局部明显充血时为止，一般5～10分钟。也有的艾柱与皮肤间放药物，如生姜片、大蒜片、附子片饼等。

（3） 温针灸：在针刺基础上加灸。

火罐疗法

1．操作方法：

（1） 术前准备：罐子、镊子、棉花、酒精、火柴。

（2） 根据部位选大小适宜的火罐。

（3） 时间：大罐吸引力强，3～5分钟，小罐吸引力弱10～15分钟，每日或隔日一次，10～20次为一疗程。

（4） 起罐：一手拿罐，另手按下皮肤，待空气进入后，罐即落下，不可强力拉下。

（5） 起罐后如局部红紫，可用纱布包好，如拔破，则涂以消炎药防止感染。

2．拔火罐吸引方法：

（1） 投火法：用纸条卷成似小喇叭状，点燃后投入罐内。

（2） 闪火法：用纱布绕在铁丝环上，制成酒精火焰棒，蘸适量酒精，点燃，左手持罐，罐口向下，右手将火焰迅速送入罐内，快进、快出，即将罐扣于皮肤上。

（3） 贴棉法：将酒精棉贴于火罐壁，然后点着。

（4） 滴酒法：将白酒或酒精滴入几滴然后点燃。

（5） 布架法：金属丝包纱布成毽子样，约一寸长，上端沾酒精点燃后将火罐扣上。

3．拔火罐种类：

（1） 闪罐、火罐吸住立即拔下，反复多次至局部潮红为止。用于局部麻痹或机能低下者。

（2） 走罐：拔前皮肤稍涂水湿润，火罐吸住皮肤后向前后左右推移，至皮肤发红。多用于麻痹、肌萎缩，痛症等。

（3） 水罐：罐里放$^1/_3$～$^1/_2$水，用闪火或投火法，然后将火罐吸在皮肤上。用于高热无汗病人。

4．适应症：风湿痛、神经痛、咳喘、高热、扭伤、劳损、肿胀、头痛、腹痛等。

5．禁忌症：全身枯瘦、痉挛、浮肿、孕妇下腹部、紫癍、局部化脓感染。

6．治疗：

背痛：拔腰部，痛处不拔瘀血，因拔瘀血罐当时舒服，以后仍痛，且疗效慢。

胸痛：拔腹部或背部。

颈、肩痛：拔背部，也可先针后拔罐，健侧拔瘀血罐。

脊背痛：用充血的走罐法，从上拔到下，拔前面和远端的殷门穴用瘀血法。

肋间神经痛：拔背部及前臂内侧。

腰痛：不拔腰区，拔背部。

腿痛：拔腰部或大腿后侧。

髋关节痛：拔居髎、环跳、殷门，亦可针刺后拔罐。

踝关节痛：拔小腿，有明显消肿止痛作用。

风湿性肌炎：拔充血走罐，痛处固定可先针后拔。

腕关节痛：痛处轻拔，健侧拔瘀血。

关节扭伤：针健侧，拔健侧或患侧上部。

感冒：颈部拔瘀血罐，太阳拔充血罐。

消化不良：背部拔走罐，下肢可拔走罐。

胃酸过多：背部、中脘拔瘀血罐。

急性胃肠炎：中脘、天枢拔充血罐，丰隆、腰背部拔瘀血罐。

痢疾：中极、天枢、足三里、腰部拔充血罐。

肝炎、失眠：背部拔充血的走罐，足三里、三

阴交拔充血的固定罐。

百日咳：颈背部拔瘀血罐。

哮喘：拔背部，胸憋气拔关元、中极。

多发性神经炎：胸背部和四肢拔充血走罐。

神经性皮炎：局部拔瘀血性火罐，然后加艾灸。

痛经、月经不调：拔腰骶部、阴陵泉、三阴交。

梅花针疗法

梅花针是用一根筷子和七根五、六号缝衣小钢针制成的。先将筷子细的一端钻成一小孔，然后将七根针用线捆紧，针尖对齐，嵌在筷子的小孔中。针尖外露长度，应为针的五分之二，固定好，即可用。治疗时持针方法（图3—38）。

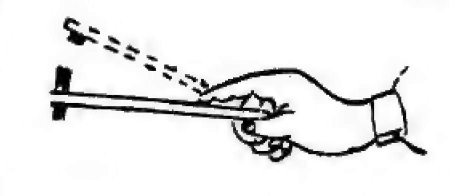


图3—38 梅花针持针方法

梅花针最基本的手法是弹刺法。弹刺是用手腕的灵活弹力，通常叫做冲力，使针尖刺入皮肤后立即弹出，这样虽重而不出血。弹刺分三种：重刺、中刺、轻刺。

在眼周围、头部应采用轻刺；对小儿宜采用轻刺或中刺；背、臀部多采用重刺。

用梅花针治疗，一般是选用较大面积的刺激区，个别也有按经络、神经、穴位治疗的。

刺激区可分三类：

1．通用刺激区：包括脊背两侧、臀部、颌下部、颈部两侧，许多疾病均可在这些区域进行刺激，尤其是脊柱两侧。

2．专用刺激区：在患病部位弹刺，如肘关节疾患刺激肘部及其周围，神经性皮炎刺激病变局部。

3．重点刺激区：有些疾病常在脊柱及其两侧呈现异常反应。推诊时（在背、腰骶部，将拇指压在皮肤上，用均匀的力量向上推动），可在某些部位发现碍手的硬结或条索状物，或者棘突发生凹凸、偏倾等变化；压诊时病人有酸、痛、麻木等异常感觉。这些异常反应部位就是重点刺激区。

弹刺的前进方向，多顺着肌肉纹理，通常是由上向下，由内向外弹刺。

梅花针疗法多用于：神经衰弱、末梢神经炎、皮肤病、高血压等。高血压的叩击方法与一般不同，它是由骶椎打到胸椎再打到颈椎。

截根疗法

主要治疗颈部淋巴结核（又名鼠疮），在发病初期，一般治疗3～5次，肿块即可消失。目前亦有

用于治疗慢性气管炎和慢性胃炎等。

截根部位：选患侧第七胸椎下旁开一寸半的膈俞或第九胸椎下旁开一寸半的肝俞。气管炎截中喘穴，胃炎截胃俞穴。

截根方法：选定穴位后局部消毒，局麻（不麻醉亦可），捏紧消毒皮肤，用手术刀切开皮肤一公分长，再用剪刀尖挑断切口下的皮下组织达0.5公分深，然后涂以碘酒并敷消毒纱布，固定好即可。

一般7～10天截根一次，两个穴位可交替使用。对已化脓的鼠疮疗效较差。

割治疗法

1．手掌割治部位与适应症：

切口不宜过深，切口方向与指纹方向一致，纵切为宜。

（1） 手掌部位一：自大陵穴向掌心方向沿直线1.5～3公分处，切口长1.5公分。适应症：慢性胃炎、胃神经官能症、胃溃疡、胆道蛔虫症、消化不良、慢性肠炎、胃下垂等。

（2） 手掌部位二：自神门穴向无名指与小指间隙方向2.5～4公分处，切口长1.5公分。适应症：同手掌部位一，前者疗效差时可用。

（3） 手掌部位三：掌侧第二、三掌骨间隙中，切口长1公分。适应症：慢性气管炎、支气管哮喘、神经衰弱、神经性头痛、偏头痛。

（4） 手掌部位四：位于掌面鱼腹穴，宽深各0.4公分左右，可取出少量脂肪。适应症：支气管哮喘、小儿单纯消化不良。

（5） 手掌部位五：掌侧第四、五掌骨间隙中，切口长0.5～0.7公分。适应症：神经衰弱、神经性头痛、偏头痛、胃肠疾病。

（6） 手掌部位六：掌面食指近节中，切口0.5公分，去少许脂肪，刺激骨膜或神经。适应症：支气管哮喘。

（7） 手掌部位七：掌面第三、四掌骨间隙中，切口长0.5～0.7公分，深0.2～0.3公分，去少许皮下组织。适应症：支气管哮喘、支气管炎。

一般三天割一穴位，三次为一疗程。

2．穴位割治：

（1） 膻中穴：治疗支气管哮喘、支气管炎。方法：取少许脂肪，刺激骨膜。如需要可在其旁一公分处再割。一般作1～3次。

（2） 鸠尾穴：

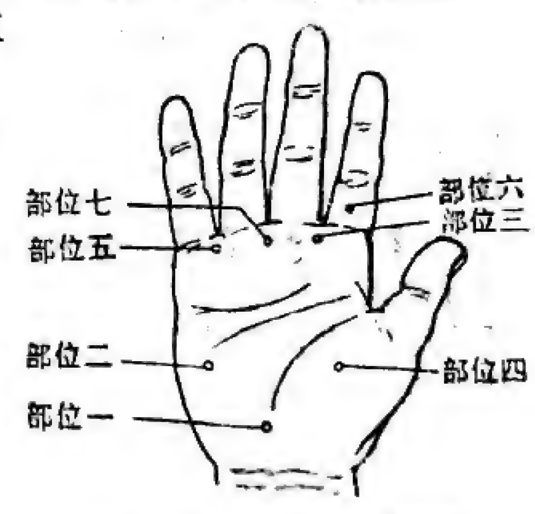


图3－39 手掌割治部位图

治疗颈淋巴结核。切口长2～3公分，取少许脂肪，不可过深，以防血管及神经损伤。

（3） 其他，如神经衰弱取百会、前顶等。

3．注意事项：严格消毒，防止感染，术后五天内不沾水；采取局麻，并作麻药过敏试验。

挑治疗法

1．治疗痔疮：

（1） 寻找痔点：痔点的出现部位，上起第七颈椎棘突平面，下至第五腰椎棘突平面，两侧至腋后线之范围内，但多见于中下部。特点：似丘疹样，稍突起，如小米粒大，略带色素，多为灰白、暗红、棕褐或淡红，压之不退色，有的点上长一根毛。但必须与痣、毛囊炎、色素斑等鉴别。找点困难时，可用手在病人背部摩擦即可出现。可能同时出现两个痔点，应选用较明显的一个，痔点越靠近脊柱，越靠下，效果越好。

（2） 操作方法：痔点确定后，皮肤消毒，用粗针挑破痔点表皮，继续挑皮下组织，可见到白色纤维样物，挑断数十根，此时病人微痛，但不出血。挑尽后再用碘酒消毒，贴以胶布。

（3） 适应症：内痔、外痔、混合痔、肛裂、肛门搔痒、轻度脱肛等。炎症期疗效最明显。

（4） 注意事项：

① 注意无菌操作，防止感染，挑后2～3天内局部不沾水。

② 取重、强刺激手法，孕妇禁挑。

③ 术后短期内应尽量避免重体力劳动，少吃刺激性食物。

目前除用挑痔点治疗痔疮外，还可采取在一定穴位上挑治，减少了寻找痔点的困难和时间，一般原则是穴位越靠近脊柱、靠近腰骶部治疗效果越好，如大肠俞、肾俞、上、次、中、下髎等。一次一个穴位，疗效基本与挑痔点相同。另外，也有在第十胸椎至第一腰椎间旁开一寸范围内任挑一点，其治疗效果亦较满意。在挑治过程中还发现对脱肛、子宫脱垂等也有一定疗效。

2．治疗麦粒肿：

（1） 找点：在患者肩胛区内可找到粟粒大、高出皮肤、淡红色、压之不退色的小皮疹。

（2） 方法：左眼患病找右侧，右眼患病找左侧。选好点后，局部消毒，挑法同前。

3．治疗颈部淋巴腺结核：

（1） 找点：在背部两肩胛下角以上、脊柱两侧，可找到红色、略高于皮肤、小米粒大、指压不退色的“结核点”。右侧颈部患病在左侧找，左侧患病则在右侧找点，两侧同时患病，则在两侧找点。

（2） 方法：同前。

放血疗法

在一定穴位上，用三棱针或稍粗针刺放出小量血液，有退热、止痛、消肿、镇吐等作用。

放血工具：三棱针、毫针、火罐、橡皮带。

1．放血的种类：

缓刺：缓缓地刺入静脉0.5～1分深，后缓缓退出，适于肘部、头部、腋窝部放血。

速刺：速刺入0.5～1分深，然后挤出少量血，用于刺十二井、十宣等穴。

挑刺：挑刺胸背部穴，适用于急慢性病。

围刺：用三棱针刺痛肿的周围。

密刺：用梅花针叩打局部，使之出微量血。

2．适应症：

（1） 急性病：高烧、上吐、下泄、脑出血等。

（2） 风、寒、湿所致的痛症。

（3） 厥症：四肢逆冷，重者不省人事。

（4） 外伤、疔疮等（配合火罐有利于排脓）。

3．放血疗法禁忌症：

平素易出血者，妇女产前或产后，严重外伤出血，体虚弱，常伴有低烧或贫血病人。

4．治疗：

高烧：大椎、十宣速刺放血，尺泽、委中缓刺放血。

中暑：人中、十宣速刺放血、委中缓刺放血。

头疼：百会、太阳毫针速刺放血。

肋间神经痛：龈交（门齿上方略凹处）三棱针速刺放血，期门三棱针挑刺放血。

脚癣：外踝尖三棱针速刺放血，可治干、湿脚癣。

肢端麻木：十宣、十二井及手指部其他穴位速刺放血。

丹毒：在患部周围，以三棱针速刺、散刺放血，尺泽、委中三棱针速刺放血。

急性结、角膜炎：耳尖用三棱针速刺放血，攒竹、上星用毫针放血。

睑缘炎（烂眼边）：眼边糜烂处用毫针速刺、散刺放血，太阳用三棱针缓刺放血，攒竹用三棱针速刺放血。

暴聋：商阳速刺放血。

鼻炎：内迎香速刺放血。

麦粒肿：患侧耳尖用三棱针速刺放血，背部肝俞附近有小红点者，用三棱针挑刺放血。

带状疱疹：初起疱疹用三棱针速刺放血，亦可针刺曲池、足三里。

牛皮癣、神经性皮炎：耳背部紫筋处用三棱针速刺放血。局部梅花针密刺出血，配艾灸。

湿疹：委中三棱针缓刺放血，可配针刺曲池、足三里。

颈后疮（痈、疖）：委中三棱针缓刺出血，背部有红点处用三棱针挑刺出血。

痔疮：在上唇与齿龈交界处（龈交）可发现一米粒大小疙瘩：用三棱针刺破放血。

淋巴管炎：用三棱针沿红线（淋巴管）寸寸挑刺，务必见血为止，有全身症状者加委中、曲泽三棱针速刺放血（曲泽穴在肘横纹正中）。

捏脊疗法

目前多用于治疗神经衰弱、失眠、消化不良、小儿疳积、腰背痛、遗尿、夜啼等。如配合针刺疗效更好。

操作方法：患者俯卧于床、橙或伏在椅子上，或坐在凳子上，直腰，使腰背肌肉松弛，术者用两手食指横置于下腰部，紧贴皮肤，向上用力一推，同时用拇、食指拿起皮肤，食指推拇指拿，边推边拿，推3～4次提起皮肤一次，向上推至肩颈部，再由下至上反复2～4次，使局部明显充血为止，亦可用拇、食、中指抓拿捏脊。

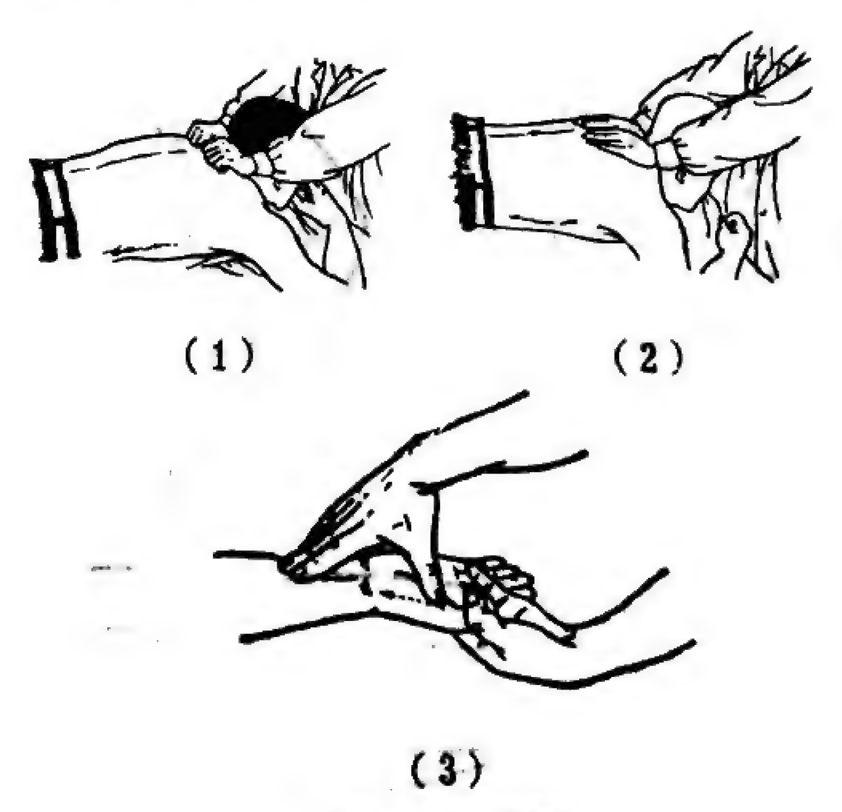
治法：此疗法一般是配合针刺法治疗，亦可单独治疗，每日一次，10～15次为一疗程。

点穴按摩疗法

1．操作原则：由轻到重，由慢到快，由浅到深，先治急，后治缓。

2．基本手法：

（1） 推：往前后、左右用力推动叫推法。分指、掌、拳推，达到舒筋活血，消肿止痛的目的(图3—40(1)(2)(3))。

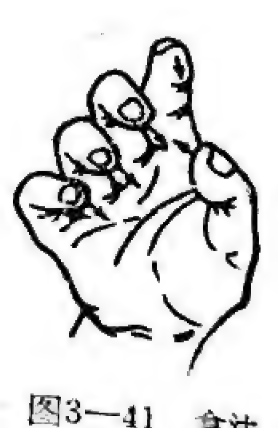


（1）　（2）

（3）

图3—40　推法

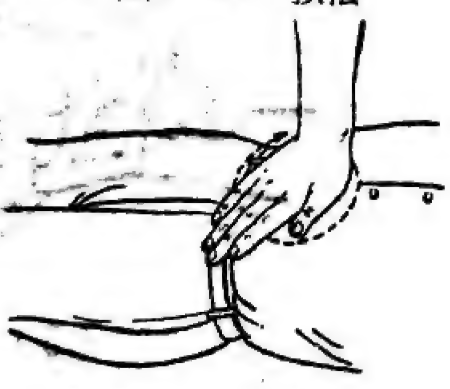
（2） 拿：用手把适当部位肌肉提拿起来叫拿法。分单、双手拿。拿后感觉痛，说明用力过大，一般拿后感觉松快(图3—41)。


图3—41 拿法

（3） 按：用指或掌在患者身体适当部位作来回直线或圆形有节奏的一起一落的手法叫做按法（图3—42）。


图3—42 按法

（4）摩：用手指或手掌在患者身体适当部位，给予柔软有规律的抚摩叫摩法。分指、掌、掌跟摩等（图3—43）。


图3—43 摩法

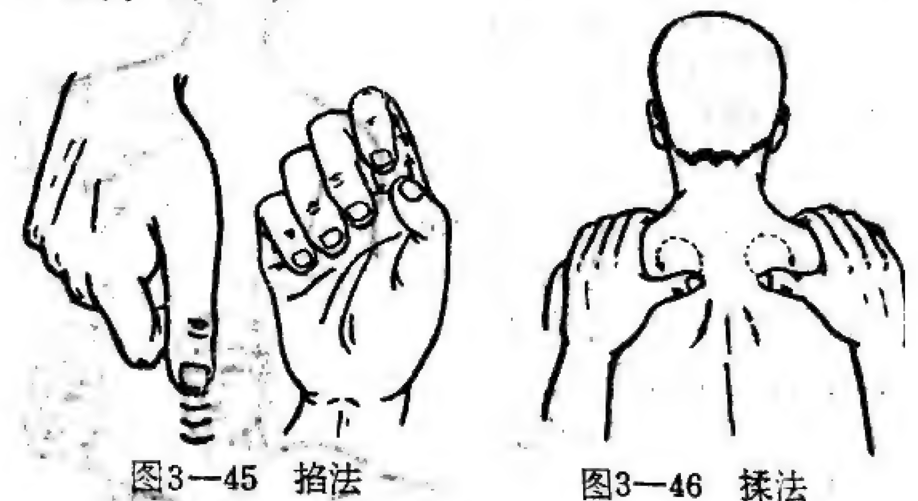
（5） 捏：用手指把皮肤和肌肉从骨面上捏起来叫

捏法。和拿相似，拿法用力重些，捏法用力轻些（图3—44）。


图3—44 捏法

（6） 掐：用指甲在穴位及周围重力向下为掐。亦有拇食指相对方向掐的（图3—45）。

（7） 揉：用手指在治疗部位或穴位，作圆形或螺旋形的揉动，其力仅达于皮下叫揉（图3—46）。


图3—45 掐法　　图3—46 揉法

（8） 拨：用指伸入肌肉或肌腱缝中，适当用力拨动。一般一处只拨1～3次。

3．具体作法：

（1） 拿肩井：位置在肩峰与颈部的连线中

点。取正坐或仰卧。手法：先轻按几下，以后，突然用力拿1～2下，使局部酸痛。主治：肩背痛、落枕（图 3—47）。

（2） 拨拿天宗：在肩胛骨中央。取正坐或侧卧位。手法：左手固定肩部，右手拿深部肌肉，亦可以右手拇指作分筋样的推压手法，使局部酸痛。主治，肩背痛、急性胃肠炎、腰部扭伤（图3—48）。

（3） 拿腋窝：拿腋窝内外侧接连的肌群。取坐位或仰卧。手法：患者臂略平举，乘患者不注意，突然拿两下，局部有痛感。主治：肩背痛、腹痛（图 3—49）。

（4） 拿上肢：由肩至腕。取正坐、仰或侧卧。手法：由肩沿各组肌群捏拿，局部微有



图3—47 拿肩井

图3—48 拨拿天宗

图3—49 拿腋窝

痛感。主治：臂痛、偏瘫（图 3—50）。

（5） 拿下肢：由股部至足跟。取坐、卧、站均可。手法：先用拳头重按肌肉丰满部位，然后自上而下的拿各肌群。主治：下肢酸痛、偏瘫、腿肚（腓肠肌）痉挛、腹痛（图 3—51）。

（6） 点按合谷：第二掌骨中点，拇指侧。取坐卧位均可。手法：拇指点按局部，产生酸胀、麻痛。主治：头痛、牙痛、眼痛、手痛、咽喉痛、感冒、肛门痛、癔病、痉挛（图 3—52）。

（7） 点按内关：掌后横纹上二寸，两骨中间。取坐或卧位。手法：用拇指或拇、食指按，使酸麻传至肩。主治：上腹痛、胸痛、心

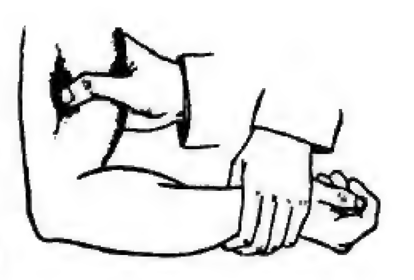


图3—50 拿上肢



图3—51 拿下肢



图3—52 点按合谷

绞痛、失眠、呃逆（图3—53）。

（8） 掐跟腱：于内外踝后即昆仑、太溪穴。取俯卧或坐位。手法：拇、食指用力掐，局部微有痛感。主治：踝关节扭伤，腰部扭伤、休克、昏迷（图3—54）。

（9） 掐手指、足趾两侧：即手足指(趾)两侧。手法：拇、食指夹住指（趾）头两侧，用力掐之，使局部痛感。主治：昏迷、鼻出血（图3—55）。


图3—53 点按内关

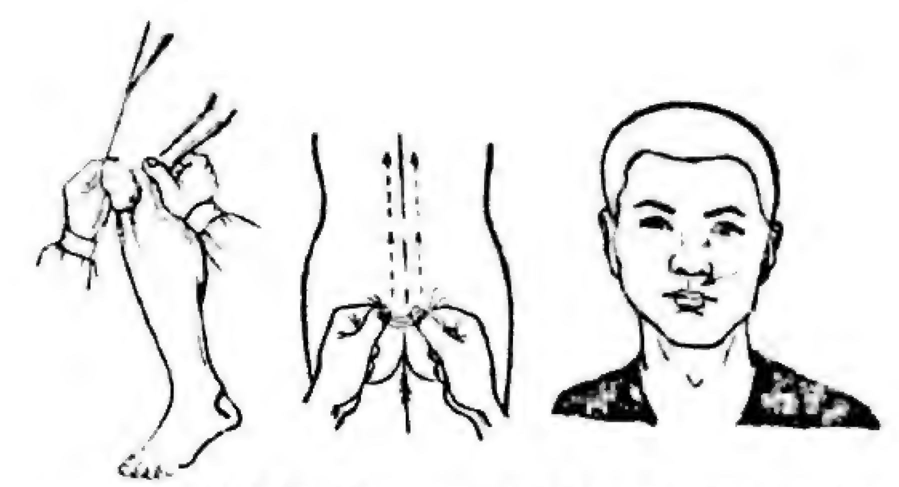
图3—54 掐跟腱

图3—55 掐手指、足趾两侧

（10） 掐拿腘窝：即腘窝两侧肌腱，外侧股二头肌腱，内侧半腱肌腱、半膜肌腱。取膝关节呈直角曲屈位。手法：用拇、食指掐拿，使局部酸、麻、痛。主治：膝关节痛、偏瘫（图3—56）。

（11） 捏脊法：同捏脊疗法（图3—57）。

（12） 掐人中：鼻唇沟上 $^1/_3$ 处。取坐位或仰位。手法：用大拇指对准人中穴用力掐之。主治：休克、昏迷、眩晕、痉挛（图3—58）。


图3—56 掐拿腘窝 图3—57 捏脊法 图3—58 掐人中

（13） 按摩太阳：外眼角向外一寸处。取坐、卧位均可。手法：双侧同时进行，以大拇指或食指按压，先轻后重，亦可先左后右，并轻揉动5～7分钟。主治：头痛、头晕、眼痛（图3—59）。

（14） 推印堂：两眉之间。取正坐或仰卧。手法：用大拇指自下而上推至额部，由轻度增至中等度，连续10～15次。主治：头痛、头晕、目眩、眼花、呕吐、发烧（图3—60）。


图3—59 按摩太阳


图3—60 推印堂

（15） 掐脊椎：第七、九、十一胸椎点。取坐位或俯卧。手法：大拇指用力掐压10～15分钟，使局部胀痛。主治：上腹痛及蛔虫引起的腹痛（图

3—61)。

4．治疗：

头痛、头晕：按摩太阳，推印堂，拿风池，点按合谷。

偏头痛：按摩太阳，掐外关，掐按四渎。

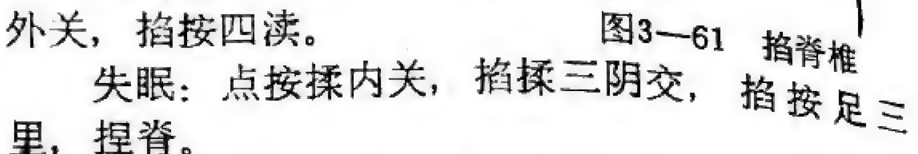


图3—61

失眠：点按揉内关，掐揉三阴交，掐按足三里，捏脊。

休克、昏迷：掐人中，掐指（趾）甲根部两侧，掐跟腱。

腹痛：点按内关，掐按足三里，掐按脊背七、九、十一胸椎。

腰扭伤：掐跟腱，掐按定喘穴，点按承山，点按痛点对侧对应点。

肩臂痛：拿肩井，拨天宗，拿腋窝，掐外关。

腰腿痛：拿下肢，掐跟腱，点按承山，拿腘窝，点按痛点的健侧对应点。

落枕：拿肩井，拿风池，掐外关，掐后溪。

痛经：掐命门(第二腰椎下)，掐阴陵泉，推尾椎。

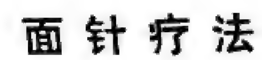
牙痛：点按合谷，按揉颊车。

咽喉痛：点按合谷，掐少商。

腹泻：捏脊，按摩关元，掐按足三里。

胸痛：点按内关，掐人中。

尿潴留：按压关元，点按阴陵泉，掐三阴交。



面针疗法

1．刺激点表

区别	名称	部位
额区	首面点	在额之正中位
	咽喉点	在首面点与肺点之间，阙上部
	肺点	在两眉之间，阙中处
鼻区	心点	在肺点之下方、下极处、两目的中间
	肝点	在心点之下方，挟两颧之间
	胆点	在肝点之左方、当目内眦直下、鼻梁上
	脾点	在肝点之下方，当鼻尖上面王处
	胃点	在脾点之两旁、胆点之下方、当鼻翼中央方上处
口区	膀胱、子宫点	在面王以下人中沟处
	股里点	在口角旁巨分处
眼区	膺乳点	在目内眦上
耳区	小肠点	在面王之上旁，两颧之内
	背点	在挟绳之上处，当耳屏之前方

区别	名称	部位
颊区	大肠点	在胃点之下方，当面颊部中央，颧骨下缘
	肾点	在大肠点之外方，颊部
	脐点	在肾点之下，颊部
	肩点	在大肠点之上方，当颧骨上
	臂点	在肩点之后方，当颧骨弓上缘
	手点	在臂点之下方，当颧骨弓下缘
	股点	在耳下，牙车之上部，当耳垂与下颌角间三分之一处
	膝点	在股点之下方，当耳垂与下颌角间三分之二处
	膝膑点	在巨屈处，正当下颌角上
	胫点	在膝膑点之前方，当下颌角之前
	足点	在胫点之前方，当大肠点之直下

2. 施术法：

（1） 敏感点的探索

用针柄端或特制的探索针在相应区域附近进行探查，遇有压痛处即为敏感点。如敏感点不明显时，可用经络测定仪的探索器参考探查。

（2） 针刺方法

用30～32号毫针。分别按敏感点所在处皮肤厚薄，依15°、45°、90°的方向徐徐刺入，待得气后，留针10～30分钟，每隔5～10分钟捻转一次，若因治疗需要，也可用皮内埋针法。补泻手法可参考毫针刺法。疗程一般10次，间日或每日进行治疗。两疗程间可休息七天。

（3） 注意事项

① 探索时用力要平均。若用经络测定仪参考探索时皮肤须保持干燥。

② 取穴须以中医的辨证论治为基础，结合脏腑的病症关系进行处方，也可以和针灸处方同用。



图 3—62 面针穴位图

1.胆点2.小肠点3.肩点4.臂点5.背点6.手点7.股点8.膝点9.膝膑10.胫点11.肾点12.首面点13.咽喉点14.肺点15.心点16.膺乳点17.肝点18.脾点19.膀胱、子宫20.大肠点21.股里点22.足点23.脐点

鼻针疗法

1. 刺激点表：

（1） 第一线，起于前额，止于人中之上端，共九点：

头脑点：在额之正中。

咽喉点：在脑点与肺点之间，阙上处。

肺点：在两眉之间，阙中处。

心点：在肺点之下，上极处。

肝点：在心点之下，鼻梁骨之上段处。

脾点：在肝点之下，鼻梁骨之下段处。

肾点：在鼻尖，面王处。

前阴点（外生殖器）：在鼻中膈下端尽处。

睾丸卵巢点：在鼻尖之左右。

（2） 第二线，起于目内眦之下方，紧靠鼻梁骨，左右各一行，至鼻翼外壁下端尽处止，共五点：

胆点：在内眦之下方，肝点之外方。

胃点：在胆点之下，脾点之外方。

小肠点：在胃点之下，鼻翼上三分之一处。

大肠点：在小肠点之下，鼻翼正中部。

膀胱点：在大肠点之下，鼻翼壁尽处。

（3） 第三线，起于眉本，下行于第二线之外方，至鼻翼尽处止，共九点：

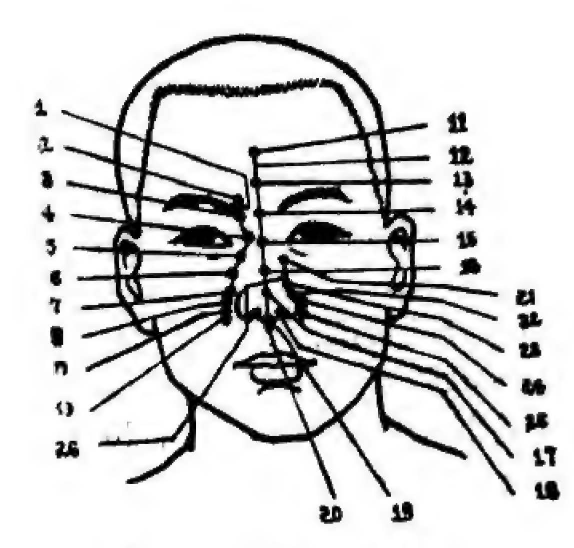


图 3—63 鼻针穴位图

1.第三线2.耳点3.胸点4.乳点5.项背点6.腰背点7.上肢点8.胯股点9.膝胫点10.足趾点11.头脑点12.第一线点13.咽喉点14.肺点15.心点16.肝点17.脾18.男睾丸、女卵巢19.肾20.前阴

耳点：在眉本，即眉之内头处。

胸点：在眉棱骨下，目巢之上。

乳点：在睛明穴之上方。

项背点：在睛明穴之下方。

腰脊点：在两颧之内方，与肝点相平。

上肢点：在腰脊点之下方，与脾点相平。

胯股点：在上肢点之下方，与鼻翼上部相平。

膝胫点：在胯股点之下方。

10 足趾点：在膝胫点之下方，与膀胱点相平。

2. 施术表：

（1） 敏感点的探索：

同面针。若参用经络测定仪的探索器探索时，当通电至130～180微安时，敏感点往往会有如针刺或火灼样的疼痛。

（2） 针刺方法：

用30～32号半寸毫针，以轻缓手法捻转进针，待患者觉有酸胀感时为止，每隔10分钟捻转一次，一般进针1～2分深即可。

（3） 针刺方向和留针时间：

参照探索时通电量最大的方向呈15°～20°角横行刺入，一般在得气后留针10～20分钟左右。

（4） 注意事项：

① 探索敏感点时，应先以干棉球擦干鼻部，以免因湿润而引起电阻减低，出现假敏感点（尤以鼻翼上三角窝部、鼻中隔下方、鼻翼壁下端、大眼角附近最须注意）。

② 探索时压力要轻微平均，如用力过大则电阻又会降低，而使通电量加大（经络测定仪的探索器，仅供参考）。

四、草 药

草药是祖国医药学重要组成部分，几千年来一直被广大劳动人民所沿用。努力发掘祖国医药学伟大宝库，更好地为工农兵服务，是伟大领袖毛主席的一贯思想。但是叛徒、内奸、工贼刘少奇及其在卫生部门的代理人，站在反动的民族虚无主义的立场上，顽固地推行“洋奴哲学”“爬行主义”，对祖国医药学歧视、排斥、摧残和扼杀，特别是对单方草药更是采取不屑一顾的态度，妄图阻碍我国医疗卫生事业沿着毛主席指引的正确路线向前发展。无产阶级文化大革命的风暴，摧毁了大叛徒刘少奇的反革命修正主义卫生路线。广大贫下中农和“赤脚医生”，在毛主席的无产阶级卫生路线的光辉指引下，创造和巩固了合作医疗制度，自力更生勤俭办医，目前，一个自采、自制中草药和运用单方草药防病治病的群众运动，在广大农村迅猛地开展起来。

发展草医草药具有十分重要、十分深远的意义。利用草药因地制宜地治病，简单易行，经济方便，

能够更好地贯彻执行毛主席“**独立自主，自力更生**”的伟大方针；草药对于各种常见病、多发病有很高的疗效，深受广大劳动人民欢迎，是贯彻“**预防为主**”方针的重要措施；草医草药对巩固受到贫下中农热烈欢迎的合作医疗制度，起着巨大的作用。草药可以就地取材，就地加工，取之不尽，用之不竭，在战时是打不烂的天然药库，对于落实毛主席“**备战、备荒、为人民**”的伟大战略方针，具有重大的意义。同时草医草药的发展，有利于促进中西医结合，为创造我国新医学新药学提供了极为有利的条件。因此我们“赤脚医生”要坚决贯彻执行毛主席的无产阶级卫生路线，依靠广大贫下中农，大力开展自采、自种、自制、自用中草药群众运动，努力发掘和丰富祖国的医药学的伟大宝库，创造中国的新医学、新药学，为人类做出更大的贡献。

草药的采集

药物的采集时间和它的疗效有一定关系。采集时间不适时，不但减少了药物的产量，而且还会影响药物的效能。不同的药用部分，都有一定的生长成熟期，因此也有不同的采集季节。依药物品种和入药部分（如根、茎、叶、花、果实等）不同而定。植物的根部（地下茎、根、根皮，鳞茎）应在初春

或深秋植物枯萎后采，如防风、地榆等。用茎、叶部分（包括全草）的药，应在植物生长最茂盛时（一般都在夏秋季）采集，如马齿苋、薄荷等。花类药物，应在含包待放或初开时采集，如菊花、金银花等。果实类药物最好是在初成熟的时候采，如地肤子、山楂等。采集种子、核仁等药物，须在老熟以后，如葶苈子等。用皮的草药（包括树皮与根皮），通常在四、五月间采集，这时皮部浆液较多，效力充足，且易于剥离。

草药的炮制

草药经过炮制可以消除或降低药物的毒性。如半夏生用刺激咽喉，须用姜制。草药炮制能够提高或改变药物的疗效，如有些生物碱的药物用醋制以后，可以提高有效成分的渗出，充分发挥疗效。有些药物经过炮制后，可以改变它的性能，用于不同病证，如甘草生用可以起解毒作用，蜜制则可以补益；生地黄能清热凉血，炮制后熟地黄可以补血滋阴。为了便于贮藏与制剂，草药采集后须经过清除杂质，使之清洁纯净。水分多，贮藏容易霉烂，所以必须晒干。原株生药应用时有效成分不易渗出，必须切碎使用。

草药炮制的方法主要是：用火，用水、酒、醋

盐、蜜等。水制法有：洗、漂、炮、渍、水飞等。水火合制法有：蒸、煮、淬等。

上述是草药采集、炮制的一般规律，至于采集的具体时间和炮制方法，在每味草药中详细介绍。

用法，用量

用法 草药的用法是丰富多采的。草药用来内服时，一般经过拣纯和洗净，然后切碎煎汤；也有用草药研粉直接服用的，新鲜的草药还可以用冷开水洗净后捣烂绞汁服用；也可以把同治一种病的草药放在一起用，这就是"配伍"。有时还须加红枣，冰糖等同煎，称为"药引"。草药用来外敷时，一般鲜药经过捣烂后就可以直接敷于病处，也可以用草药研粉调醋或油、蜜、酒等外敷。

用量 内服草药除了特殊用法和有毒性者外，通常晒干的草药用量是三钱到五钱。若是新鲜草药，用量必须加一倍。此外单位草药比起复方配伍用量也要大些，有的新鲜草药可以用到二、三两。有些草药的毒性是比较大的，应用不好也会造成中毒，我们必须遵照毛主席**"我们的责任，是向人民负责"**的教导，对于草药的用量万万不可粗心大意。

常用草药简介

本节按药源广，疗效高，毒性小的要求，选择介绍常用草药共100种：

1. 猪苓 2. 马勃 3. 木贼 4. 贯众 5. 松叶 6麻黄 7. 柞树皮 8. 桑叶 9. 寄生 10. 马兜铃 11. 细辛 12. 木通 13. 水红子 14. 萹蓄 15. 羊蹄 16. 地肤子 17. 猪毛菜 18. 马齿苋 19. 瞿麦 20. 草乌 21. 福寿草 22. 升麻 23. 威灵仙 24. 赤芍 25. 白头翁 26. 山豆根 27. 五味子 28. 白屈菜；29. 延胡索 30. 葶苈子 31. 莱菔子 32. 南瓜子 33. 仙鹤草；34. 委陵菜；35. 地榆；36. 杏仁；37. 山楂；38. 地丁 39. 黄芪 40. 甘草；41. 苦参；42. 透骨草 43. 贯筋 44. 亚麻 45. 白鲜皮；46. 黄柏 47. 远志；48. 独活；49. 柴胡 50. 蛇床子 51. 防风；52. 映山红 53. 暴马子；54. 龙胆草 55. 菟丝子 56. 紫草 57. 藿香；58. 金钱草 59. 益母草 60. 泽兰 61. 薄荷；62. 夏枯草 63. 黄芩 64. 天仙子 65. 枸杞子；66. 车前子 67. 茜草 68. 接骨木 69. 党参；70. 桔梗 71. 牛蒡子 72. 青蒿 73. 艾叶；74. 茵陈蒿 75. 苍术；76. 大蓟；77. 漏芦；

78．旋复花；79．鸭萱；80．苣荬菜；81．蒲公英；
82．苍耳子；83．紫菀；84．败酱；85．蒲黄；
86．芦根；87．薏苡仁；88．玉米须；89．菖蒲；
90．天南星；91．浮萍；92．薤白；93．葱白；94．蒜；
95．韭菜子；96．知母；97．平贝母；98．百合；
99．玉竹；100．穿山龙。

猪　苓

别名：野猪粪、野猪屎，甲冬冬步（蒙名）。

原植物：多孔菌科猪苓。担子果小形，丛生。总菌柄状如主茎，上生多数小菌柄。菌伞圆形，表面黄褐色，并有淡黄色纤维状鳞片。菌髓白色，菌管短，管孔细小，圆形或多角形。菌核体为不规则块状，表面突凹不平，皱缩，多肿疣，黑褐色，有油漆光泽。内部白色或淡黄色，稍呈海绵质。外形像猪粪。

多生于柞树根上或柞木林下的腐植土中。主产于抚松、靖宇、长白、临江、舒兰、安图、蛟河、敦化等县。

采制：春夏秋三季采挖，趁湿除净沙土，晒干，生用。

应用：渗湿、利尿。治水肿、淋浊、带下、胀满水泻。量2～5钱。

1．治淋浊水肿、小便不利：猪苓研细末，每次一钱，日服二次，开白水送下。

2．治胀满水泻：猪苓3钱，白术4钱，茯苓3钱，水煎，日服二次。

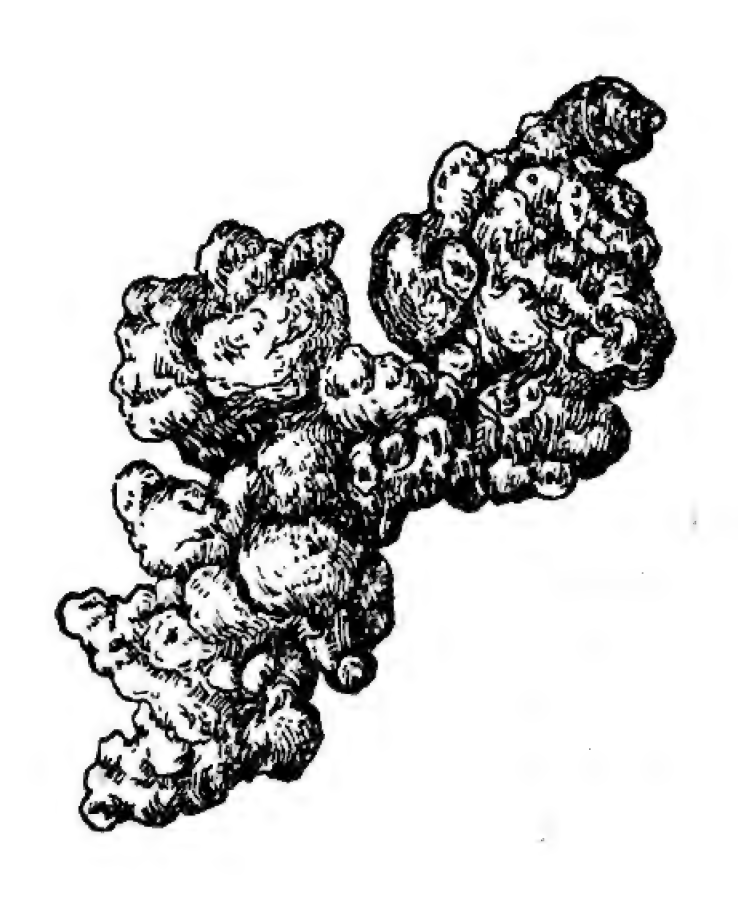


图 4—1　猪苓

马　　勃

别名：马粪包，晋兴意（朝名），瓜氏高高（蒙名）。

原植物：埃蕈科植物马勃。子实体球形，状如西瓜。基底中央有较粗的菌丝束伸入土中。幼时全体柔软，肉质，含水分多，有粘性。皮由三层构成，幼时三层密着呈白色。担孢子球形，黄色，成熟时外皮褐色，全体干燥，形成轻软如海绵状的灰色。

生于庭园、粪堆及林下。遍布省内各地。

采制：8～9月采收，去假根及泥土，晒干用。

应用：清肺利咽，散温解毒，凉血止血。治咽喉疼痛、咳嗽失音、大头瘟症、诸疮肿毒、吐血衄血、刀伤出血。量1～2钱，外用适量。

1．治咽喉肿痛：马勃 3 钱，牛蒡子 2 钱，桔梗 2 钱，水煎，日服二次。

2．治流行性腮腺炎：马勃 2 钱，板蓝根 3 钱，柴胡1钱，僵蚕1钱，水煎，日服二次。

3．治肺热久咳、失音：马勃研细末，蜜丸 3 钱重，每次一丸，日服 2 ～ 3 次。

4．治耳内流脓：马勃 1 钱，桔梗 2 钱，连翘3钱，水煎，日服二次。

5．治外伤出血：取成熟完整的马勃，用其粉末敷伤口，外用绷带包扎。



图 4—2　马勃

木　　贼

别名：锉草，玛玛各克扎（蒙名），邵口塞了（朝名）。

原植物：木贼科植物木贼。多年生常绿草本。根茎粗短，横走，黑色，多分歧。茎直立，丛生，圆筒形，不分枝，高40～70厘米。茎表面有20～30条纵沟。沟棱上均有小突起，多节，每节上有退化的鳞片叶连成鞘状。孢子囊穗紧密，长圆形。

生于混交林下的阴湿处。产于通化、延边、吉林等地区。

采制：春至秋季割地上全草，阴干，切段生用。

应用：散风退翳，止血消肿。治目翳、迎风流泪、诸疮不敛。量1～3钱。

1．治迎风流泪：木贼适量煎水洗眼，一日2～3次。

2．治沙眼：木贼切碎，酒精浸30分钟，用手拈水摩擦沙眼颗粒。

3．治便血：木贼3钱，地榆3钱，水煎，日服二次。

4．治肠出血、痔出血：木贼4两，猪肉适量共煮，熟后去木贼，吃肉喝汤。

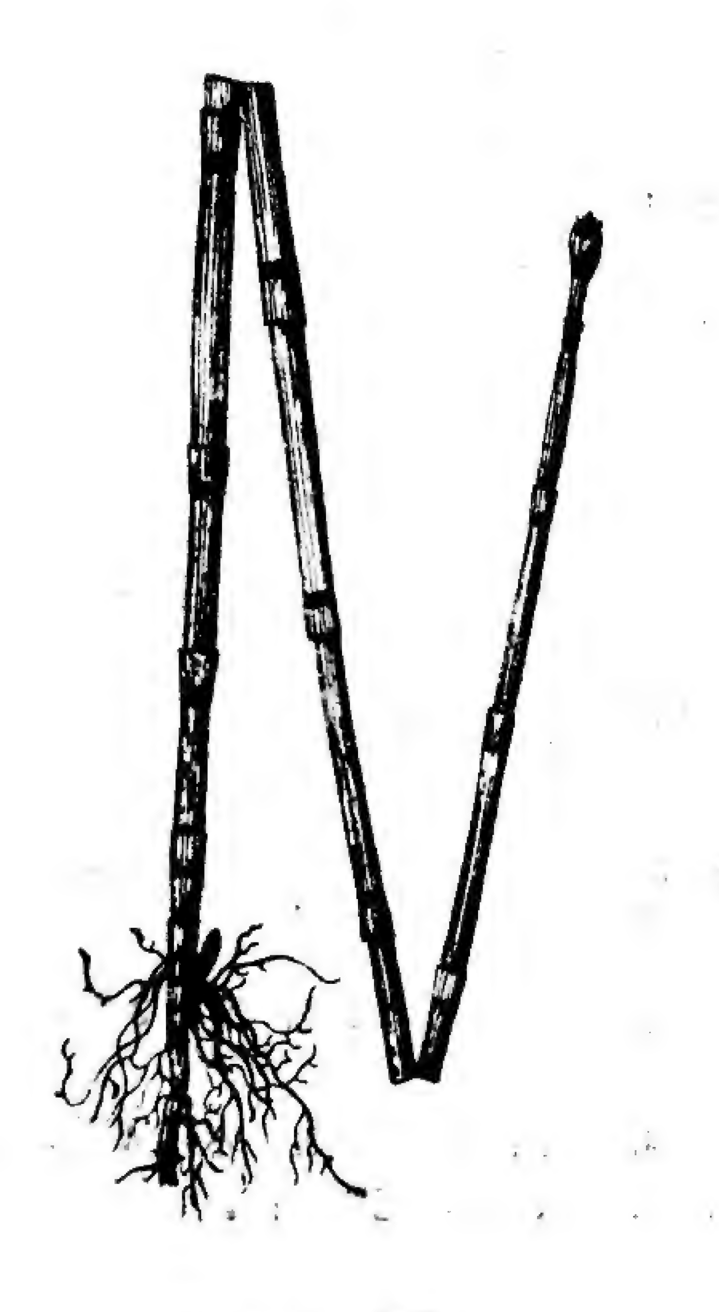


图 4—3 木贼

贯 众

别名：野鸡膀子、绵马、牛毛黄、广东菜、猴腿，连马（朝名）。

原植物：水龙骨科植物粗茎鳞毛蕨。多年生草本，根茎粗大，高60～120厘米。叶柄粗状，基部密生膜质鳞片，黄褐色，有光泽。叶簇生，长圆状披针形，二次羽状分裂，羽片20～30对，披针形，长约10厘米。孢子囊群着生在叶片背面，上部1/3或1/4处，每片有孢子囊群2～4对，多至6对。多生于混交林中的阴湿地。广布山区、半山区各县。

采制：春秋季采根茎，除去泥土杂质，晒干，生用或炒炭用。

贯众炭：将贯众破碎，放锅内用急火炒至焦黑，喷灭火星，取出放铁筒内闷一天即成。

应用：清热解毒，止血，杀虫。治时疫、血痢、血崩、虫疾。量2～5钱。

1．预防麻疹：贯众研末，六个月至三岁，每次服5厘，每日二次，连服三日，间隔一个月，再服三日，至麻疹流行期过为止。

2．治便血：贯众、地榆、槐花各等分，研细末，每次2钱，黄酒为引，日服二次。

3．治虫积腹痛：贯众3钱，乌梅2钱，大黄1钱，水煎，日服二次。


图 4—4　粗茎鳞毛蕨

松　　叶

别名：黑松，唐出（蒙名）。

原植物：松科植物油松。常绿大乔木，高达25米。树皮灰褐色，呈鳞甲状裂开。叶二针一束，长10—15厘米。花单性，雌雄同株，雄花穗圆柱形，雌花穗圆球形，五月开。球果九月熟。

各地有栽培。

采制：四季采时，鲜用。

应用：疏风解毒，明目。治中风口歪、夜盲。量 2～3 钱。

1．治中风口眼歪斜：松叶 1 斤切细，白酒 3 斤装坛内封口后放锅内煮30分钟，取出，日服一次，每次 1～2 盅。

2．治中风口眼歪斜：松叶 1 斤捣汁，白酒 2 斤浸两天，温服 1～2 盅，渐增加 1 两，头面出汗止。

3．治流行温病：松叶 3 钱，酒 3 两，煎，日服二次。

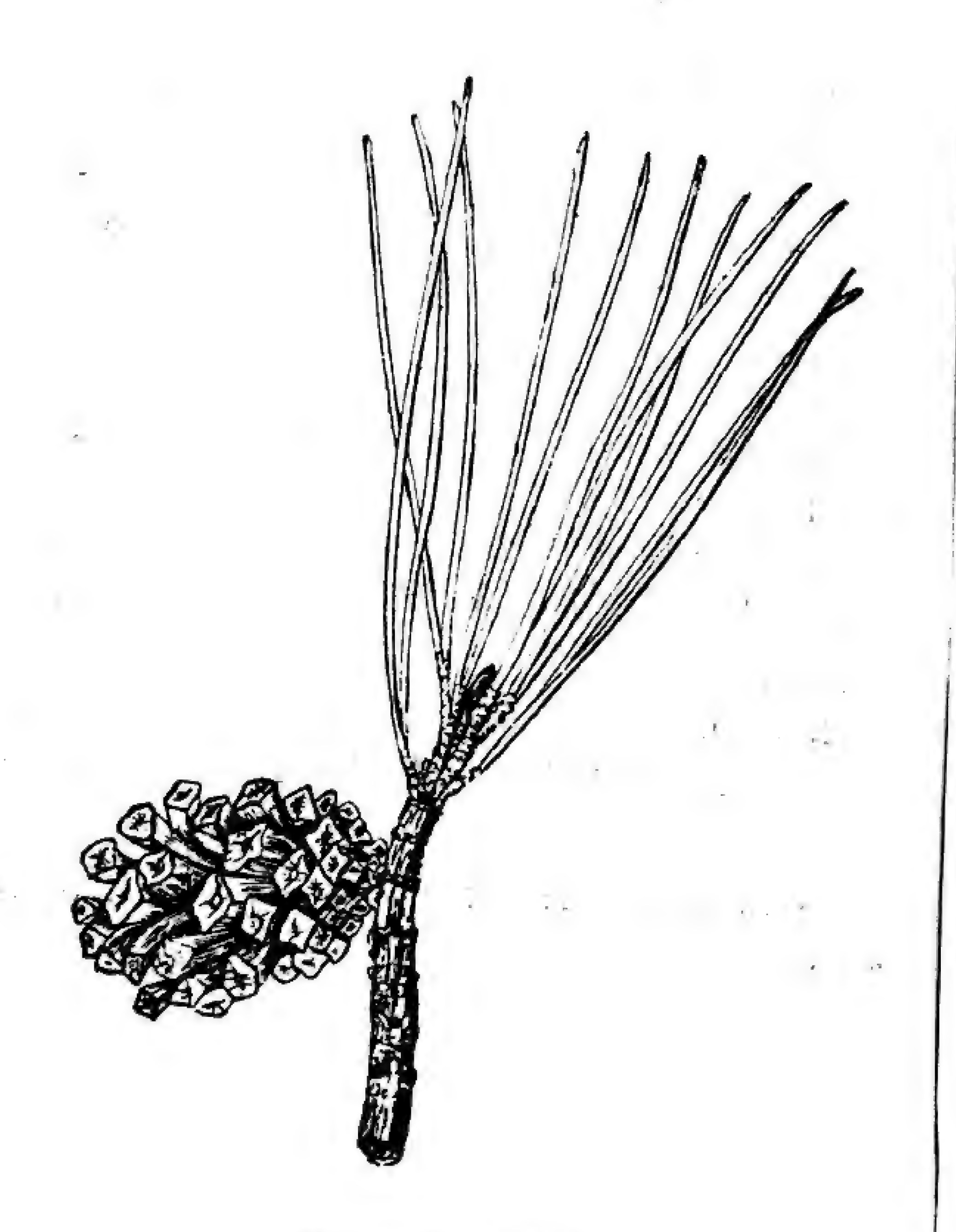


图4—5　油松

麻黄　附：麻黄根

别名：麻黄草、色道麻，结力根（蒙名）。

原植物：麻黄科植物麻黄。常绿小灌木。根茎粗大屈曲，长达1米左右，红褐色，下生黄褐色根。地上茎丛生，高20～30厘米，黄绿色，有明显的节。叶退化为鳞片状，淡红褐色。花小，绿黄色，六月开花。种子卵状，外面有红色肉质苞片。生于干燥砂质地带。

采制：9～10月采地上全草，晒干，生用或蜜炙用。

炙麻黄：将蜂蜜加入1/3的水合匀，熬开，将麻黄切成小段，倒入蜜内，拌匀，用微火炒到不粘手为止，取出晾凉。每斤麻黄用蜂蜜二两。

麻黄根：割麻黄时，挖取根茎，去净须根，晒干，生用。

应用：发汗解表，宣肺定喘，利水。治感冒无汗、咳嗽气喘。量1～3钱。

麻黄根：止汗。治自汗、盗汗。量1～3钱。

1．治感冒无汗、头身疼痛：麻黄、绿豆各等分研细末，每次服1钱，日服二次。

2．治哮喘症：麻黄3钱，石韦5钱，水煎，日服二次。

3．治自汗盗汗：麻黄根3钱，黄芪3钱，牡蛎3钱，共研细末，每次1钱，日服二次。

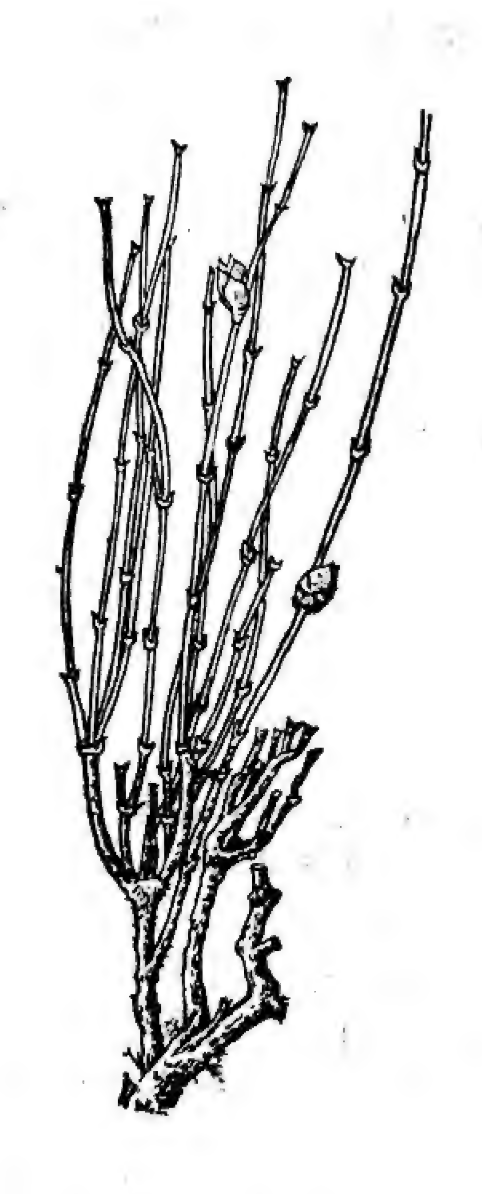


图4—6　麻黄

柞　树　皮

别名：柞树、橡树、青冈柳，岛输尔巴姆那木(朝名)。

原植物：山毛榉科蒙古栎。落叶乔木，高达30米。树皮暗灰褐色，深纵裂。叶互生，倒卵状圆形，边缘常有8～9对皮状牙齿。花单性，雄花序葇荑状，雌花单生或2～3朵生于枝梢叶腋。果实卵形，果皮坚强，壳斗浅碗状，鳞片外面呈瘤状突起。10月果熟。

生于山坡阳地。山区及半山区均有。

采制：春季剥皮，将壳斗(橡斗)和果实分开，晒干，保存。

柞树皮炭：将柞树皮放瓦盆内，封固，用火烧至树皮焦黑，取出，用时研末。

应用：解毒，利湿，清热。治肠炎腹泻、痢疾、黄疸。量2～5钱。

1．治痢疾、肠炎、腹泻：柞树皮5钱，水煎，日服三次。

2．治黄疸：柞树皮煅炭研末，每次二钱，日服三次。

3．治痔疮：鲜柞树皮捣烂，敷患处。

4．治乳头裂口成疮：橡斗1个装满白矾，用火烧枯，共研细末，香油调涂。


图 4—7　蒙古栎

桑　　叶

别名：桑树、家桑，色仁兴伸巴格（蒙名），嗷底纳木（朝名）。

原植物：桑科植物桑。落叶小乔木。树高达 7 米，树皮灰棕色，老时浅裂，新枝灰褐色。叶互生，卵形，有时作不规则浅圆裂。雌雄异株。花单性，绿色，葇荑花序。瘦果多粒，成熟时紫黑色，多密集成一长圆形聚花果（即桑椹）。

自生于山地及固定沙丘或栽培。省内各地都有分布。

采制：9～10月采经霜落叶，除净杂质，晒干，生用。

应用：清热，明目。治风热头痛，头晕。量 1～3 钱。

1．治肺热咳喘：桑叶 1 两，水煎，代茶饮。

2．治哮喘：桑叶 5 钱，杏仁 3 钱，水煎，日服三次。

3．治头眩眼花：桑叶 1 斤半（研末），芝麻 6 两，先将芝麻蒸熟捣烂，加桑叶粉兑匀，每次二钱，日服三次。

参考：桑树的果实中药称做桑椹；枝条称做桑枝；根皮称做桑白皮。



图4—8　桑

寄　　生

别名：冬青、冻青，兴德瓦（蒙名）。

原植物：桑寄生科植物槲寄生。为寄生性常绿小灌木，高约40厘米。枝圆柱状成二叉或三叉分枝，绿色。叶对生，长圆形，革质。4～5月开小花，淡黄色。浆果球形，成熟时黄色或橙红色。九月果实成熟。

多寄生在榆、杨、柳、枫、柞、桑等树上。省内各地均产。

采制：冬季颜色黄绿时，用长竿绑以镰刀从树上割下，晾至近干时，切成片生用。

应用：强筋骨，散风湿，舒筋活络，降血压。治风寒湿痹、腰腿疼痛、筋骨萎软、胎动不安、高血压。量3～6钱。

1．治风寒腰腿疼或坐骨神经痛：寄生6钱，麻黄2钱，黄柏4钱，露蜂房2钱，水煎，日服二次。

2．治胎动腹痛：桑寄生5钱，艾叶3钱，水煎，日服二次。

3．治高血压：桑寄生5钱，夏枯草8钱，茺蔚子3钱，水煎，日服二次。

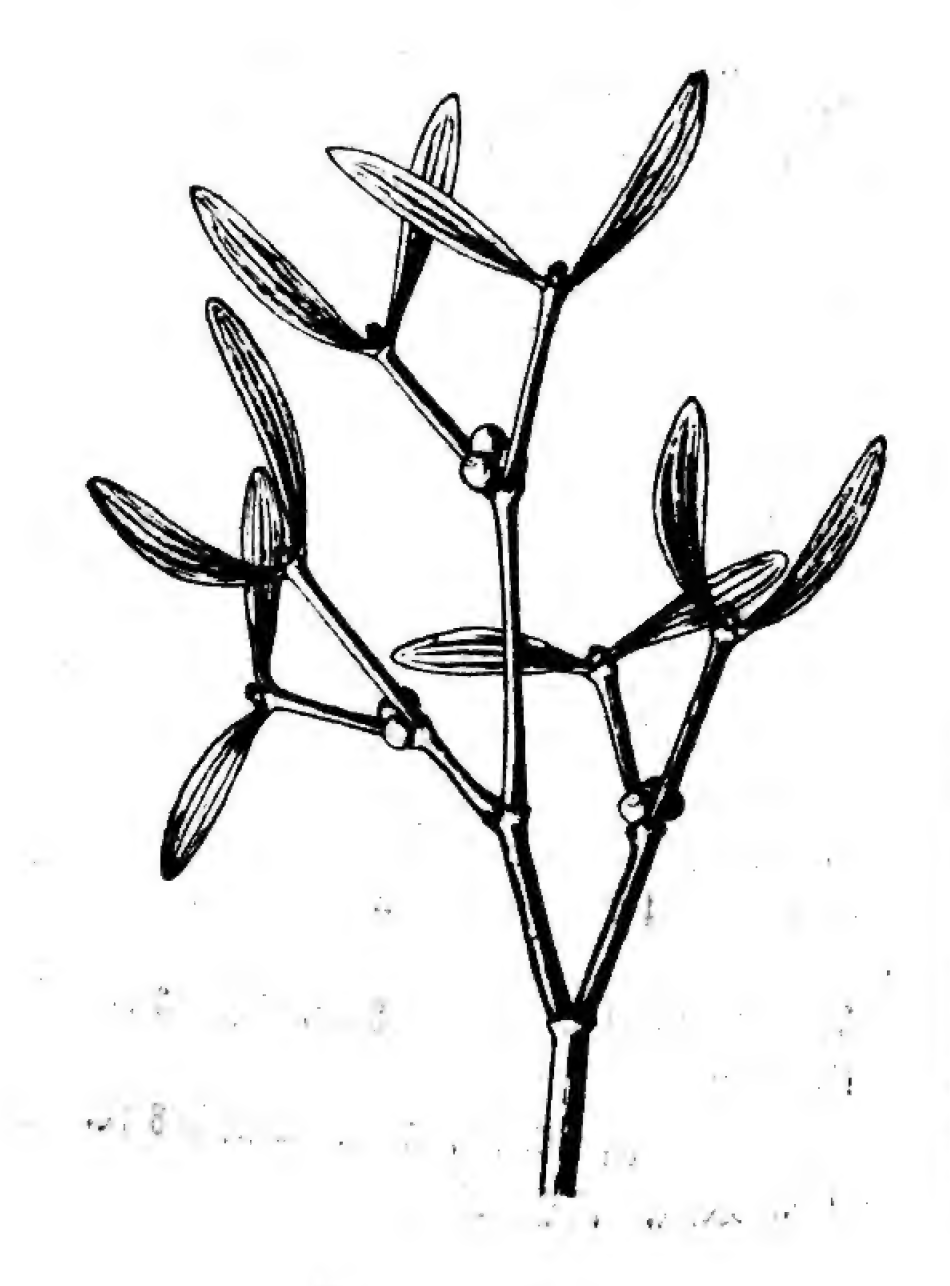


图4—9　槲寄生

马　兜　铃

别名：玛怒（蒙名）。

原植物：马兜铃科植物北马兜铃。多年生缠绕草本。茎长1～3米，细弱扭曲，有韧性。叶互生，心状广卵形，有长柄。6～8月开花，花暗紫色，略呈喇叭状，数朵簇生于叶腋。8～10月果实成熟，蒴果倒卵形，成熟裂成6瓣，含多数扁平有膜质翅的种子。

喜生于山沟灌丛、林缘、溪流两岸。产于东部山区各县。

采制：8～10月采果实，生用或蜜炙用。

炙马兜铃：蜂蜜加三分之一水，合匀，熬开，把马兜铃剪碎倒入蜂蜜内拌匀，用微火炒至蜜水吸尽，不粘手为止，取出晾凉。每斤马兜铃用蜂蜜3两。

应用：润肺止咳，清热化痰。治虚热咳嗽、支气管扩张、慢性支气管炎、高血压等症。量1～4钱。

1．治虚热咳嗽：马兜铃2钱，五味子1钱，水煎，日服二次。

2．治小儿口疮：马兜铃煅炭，研末，涂患处。

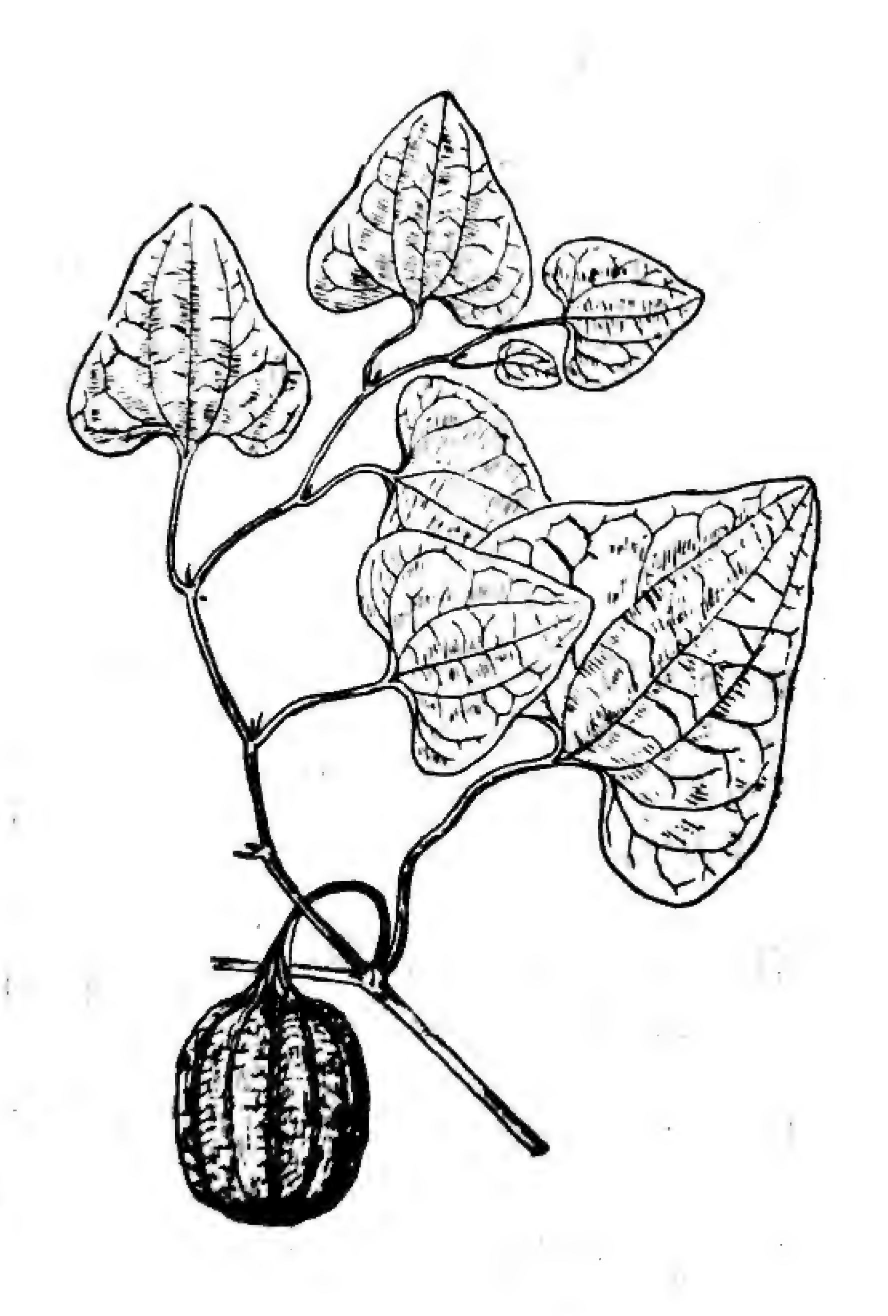


图4—10　北马兜铃

细　辛

别名：细参、烟袋锅花、万病草，民间帮嘎步(蒙名)。

原植物：马兜铃科植物东北细辛。多年生草本。根茎细长，并生有多数细长根，有特异辛香气味。叶多为二枚，心脏形，有长柄。五月开花，绛红色，状如烟袋锅。假浆果半球形，六月成熟。

多生于腐植质层深厚的湿润土壤，常见于山坡林下。产于东部山区及半山区。

采制：5～6月采全草，阴干，生用。

应用：发表散寒，止痛，祛痰，通窍。治感冒头痛、关节疼痛、牙痛、鼻渊、痰饮咳逆等。量5分～1钱。

1．治头痛：细辛6钱，花椒数粒，共研末，用酒合匀，加白面做饼，贴太阳穴上。

2．治牙疼：细辛1钱，黄柏1钱，水煎漱口，不可咽下。

3．治中风，昏迷不省：细辛5分，皂角2钱，薄荷2分，共研细末，吹鼻内取嚏。

参考：1．反藜芦。

2．本品性燥烈，用量宜慎。



图4—11　东北细辛

木　　通

别名：马木通。

原植物：马兜铃科植物东北木通。藤本植物，高达10米。茎的栓皮暗灰色，有纵皱纹。叶互生，圆状心形。五月开花，花淡黄绿色或褐色。蒴果幼时绿色，成熟时淡绿黄色，后变暗褐色，六面圆筒形。8～9月果熟。

多生于山地北坡及西北坡涧流附近林内，绕缠在其他树上。山区普遍生长，产量极大。

采制：秋冬季采茎藤，选直径2～3厘米的，刮去粗皮，切片，晒干，生用。

应用：清热利尿，通经，下乳。治膀胱湿热、小便不利、心烦不眠、喉痹肿痛、五淋水肿、妇女经闭、乳汁不通。量1～3钱。

1. 治尿道涩痛：木通3钱，甘草梢1钱，水煎，日服二次。

2. 治热淋：木通2钱，黄芩3钱，甘草5钱，水煎，日服二次。

3. 治乳汁不通：木通2钱，王不留行4钱，猪蹄煮汤，用汤煎药服用。

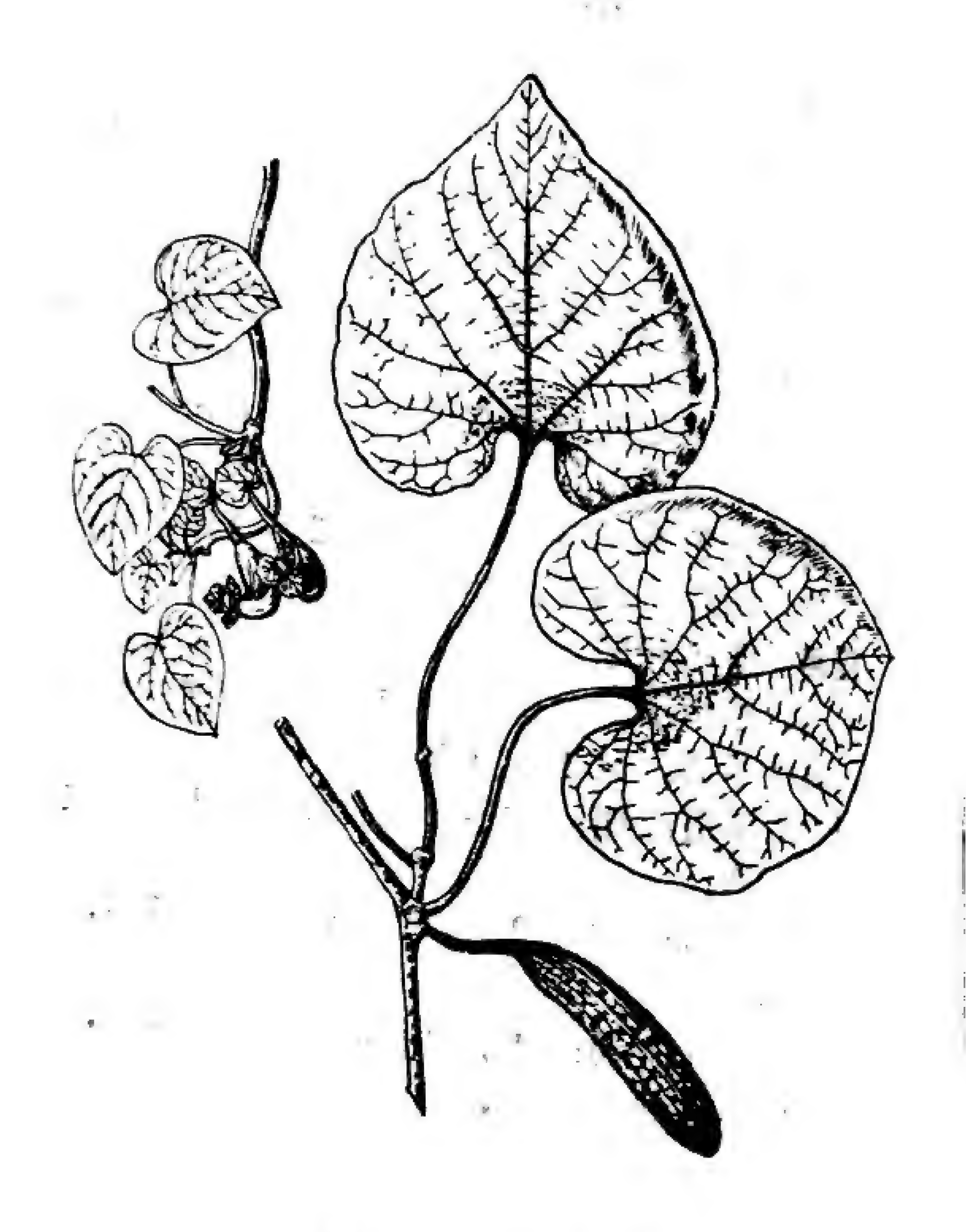


图 4—12　东北木通

水　红　子

别名：蓼实、蓼吊子、狗尾巴吊，出模塞（蒙名）。

原植物：蓼科植物荭草。一年生草本。高 2 米左右。茎直立，分枝有节。叶互生，有柄，广椭圆形。托叶鞘围绕茎节，先端绿色呈叶状。花粉红色，密集成穗状，生于茎顶或上部叶腋，下垂。8～10 月果实成熟，小坚果略圆形，扁平，棕黑色。

生于近水湿地，成片生长。产于全省各县。

采制：8～10月采成熟果穗，搓下果实，晒干生用。

炒水红子：将水红子用微火炒至爆花，用时捣碎

应用：清热消炎，明目，消食积。治食积、目疾。量 1～3 钱。

1. 治小儿食积、消化不良：水红子 5 钱，研末，猪脾一付，猪脾切开放入水红子末，用火烧熟，分次服，连服三日。

2. 治伤食：水红子 5 钱（炒），研细末，每次服 5 分，日服二次。

3. 治风湿性关节炎：水红子 5 钱，豨莶草 3 钱，水煎，日服二次。



图 4—13　荭草

萹　蓄

别名：萹猪牙、猪牙草，吉得十出各麻(蒙名)，马地坡儿（朝名）。

原植物：蓼科植物萹蓄。多年生草本。茎伏卧或直立，高约10～40厘米。叶大小不等，但均为狭椭圆形或线状披针形。花小，7～8月开黄绿色或粉白色花。8～9月结三棱形小坚果。

生于道旁、荒地等干硬地带。遍布各地。

采制：6～7月割全草鲜用或阴干，切小段备用。

应用：清热利尿，除湿杀虫。治热淋、尿闭、湿疹、疥疮、霍乱、黄疸、杀蛔虫。量1～3钱。

1. 治小便不利、腹泻：萹蓄1两，水煎，日服三次。

2. 治水泻小便不利：萹蓄5钱，车前子5钱，水煎，日服二次。

3. 治胆道蛔虫症（由蛔虫引起的胃腹痛）：萹蓄2两，陈醋4两，加水一碗，煎至半碗，分二次服。

4、治风湿性关节炎：萹蓄6两，煎汤煮鸡蛋7个。喝汤吃蛋。



图 4—14 萹蓄

羊　　蹄

别名：羊铁叶。

原植物：蓼科植物皱叶酸模。多年生草本，直根，肥厚，黄色。茎直立，单生，通常不分枝，有浅槽，高 60～125 厘米。托叶鞘膜质，管状，常破裂脱落。叶片长圆状披针形，基部楔形，边缘波状皱折，上部叶披针形。花两性，绿色，于顶部轮集成狭圆锥花序。小坚果三棱形，褐色有光泽。花果期 6～8 月。

采制：9～10 月挖根，去净泥土，削去须根，切片晒干生用，并可随时采鲜根使用。

应用：清热泻下，杀虫解毒。治便秘、头痛，外治顽癣疮疖。量 1～3 钱，外用适量。

1．治大便秘结：鲜羊蹄 5 钱，水煎，日服二次。

2．治头痛：鲜羊蹄与鲜蒲公英根共捣烂如泥，糊于头部。

3．治淋症：羊蹄 1 两，蝉蜕 3 个，水煎，日服二次。

4．治头癣、牛皮癣、脚气、头上白秃等：羊蹄捣汁 1 酒杯，米醋 1 酒杯，枯矾末 1 钱，混匀涂于患部，一日三次。

5．治疥疮及痈疮初起（未化脓）：鲜羊蹄适量捣烂，敷患处。



图 4—15 皱叶酸模

地 肤 子

别名：扫帚菜，东赛布如（蒙名）。

原植物：藜科植物地肤。一年生草本。茎直立，多分枝，高约1米。互叶生，狭披针形。小花生于叶腋间，于枝上排成较密的穗状花序。9月结扁球形小胞果。

生于宅旁、路边、田间及村边荒地。遍布全省。

采制：秋季割全草，晒干，打下果实，去净杂质，生用。

应用：清湿热，利小便，止血。治热淋、血痢。外用治皮肤瘙痒。量2～5钱。外用适量。

1．治产后流血不止：地肤子炒黑研末，每服三钱，黄酒为引，日服二次。

2．治热淋：地肤子2两，水煎，黄酒为引，日服二次。

3．治血痢：地肤子5钱，地榆炭3钱，黄芩3钱，研细末，每次二钱，日服二次。

4．治皮肤瘙痒或男女阴痒：地肤子2两，煎汤温洗。

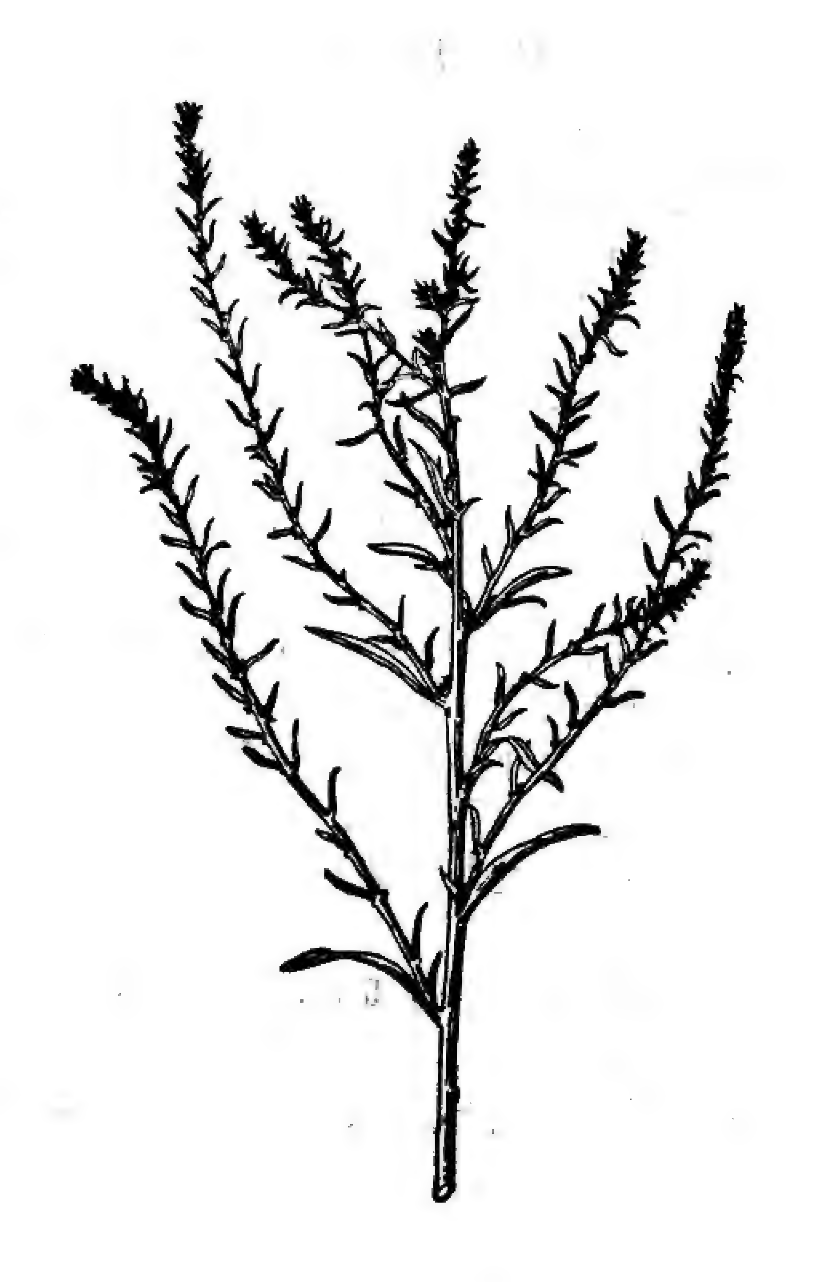


图 4—16 地肤

猪 毛 菜

别名：扎蓬棵、风滚草。

原植物：藜科植物刺沙蓬。一年生草本。茎高20～100厘米，多分枝，小枝坚硬，有淡绿白色的条纹。叶互生，肉质，线状圆锥形，通常略扁。7～8月开绿色小花，通常于枝上形成穗状花序。9月结球形胞果。

多见于固定砂丘、砂质草原、河岸及山坡砂质地。主产省内西部各县。

采制：7～8月割全草，切小段阴干，生用。

应用：降压。治疗高血压。量5钱～1两。

治高血压：猪毛菜1两，水煎，日服二次。



图 4—17　刺沙蓬

马　齿　苋

别名：蚂蚁菜、马蛇子菜，扫马（蒙名），雪比淋（朝名）。

原植物：马齿苋科植物马齿苋。一年生肉质草本。茎平卧，由茎基部分枝四散，长达30厘米。叶互生，有时对生，肉质肥厚，倒卵状匙形。6～8月开黄色小花。7～9月结蒴果，盖裂，内含黑褐色种子，数量极多。广布于田间及荒地。产于省内各地。

采制：夏秋季割取全草，去泥杂，沸水烫之（略煮），捞出晒干用，或采集鲜用。

应用：清热解毒。治痢疾、热淋、丹毒、痈肿疮疖。量 3 钱～1 两。

1．预防痢疾：马齿苋 1 两，绿豆 1 两（捣碎），煮汤，于发生痢疾时常服。

2．治痢疾：鲜马齿苋 3 两（干者 1 两），水煎汤，加白糖 5 钱，匀二次服，日服二次。

3．治湿热痢疾：马齿苋 1 两，苦参 3 钱，水煎，日服二次。

4．治痢疾、疮疖：鲜马齿苋捣烂，用纱布包裹绞汁半小碗，加糖 3 钱，一次服，日服二次。

5．治疮疖及蜂螫：马齿苋捣烂敷患处。

6．治丹毒面部肿疡：马齿苋适量，红糖适量捣烂敷患处。

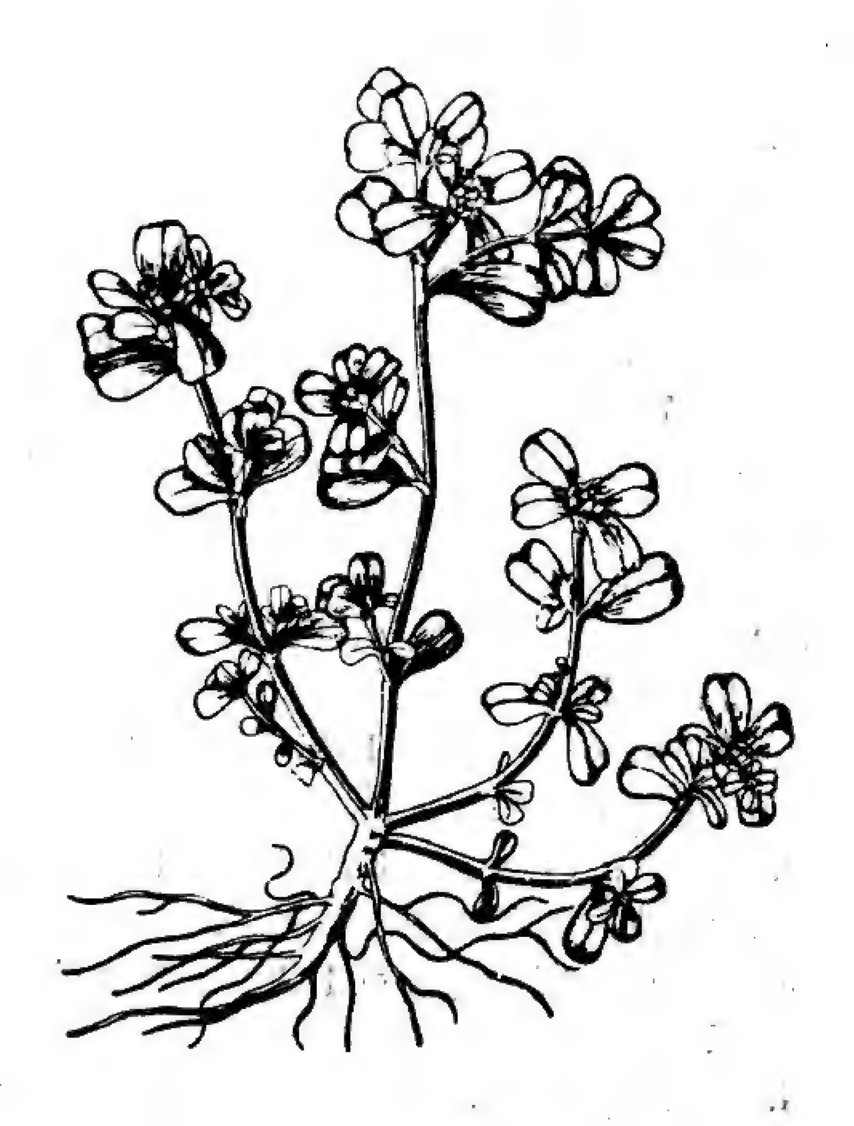


图 4—18　马齿苋

瞿　麦

别名：石柱子、石竹子，枚刀克刀牛克(蒙名)，排冷伊高抽（朝名）。

原植物：石竹科石竹。多年生草本。根肥厚。茎直立，上部多分枝，有明显的节，膨大。单叶对生，狭披针形，基部连合成白色鞘状抱茎。花少数，顶生，成聚伞花序，7～8月开，粉紫色或绛紫色，喉部有一圈黑紫色斑点。蒴果长圆柱形，8～9月成熟。

生于山坡草甸子，林缘山路旁或林丛间。产于东部山区，半山区各县。

采制：7～8月割带花全草，晒干切碎。

应用：清热消炎，利水通淋，破血通经。治痈肿、浸淫疮毒、淋疾、小便不通、妇女经闭。量3～5钱。

1. 治小便不利：瞿麦1两，水煎，日服二次。

2. 治血淋：瞿麦3钱，甘草2钱，灯心5分，水煎，日服二次。

3. 治膀胱结石：瞿麦4钱，滑石6钱，甘草1钱，水煎，日服二次。

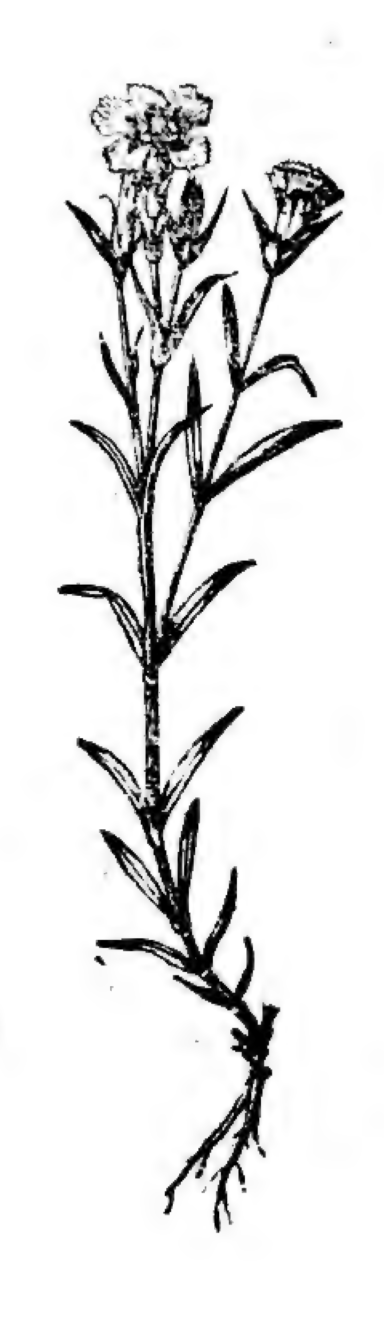
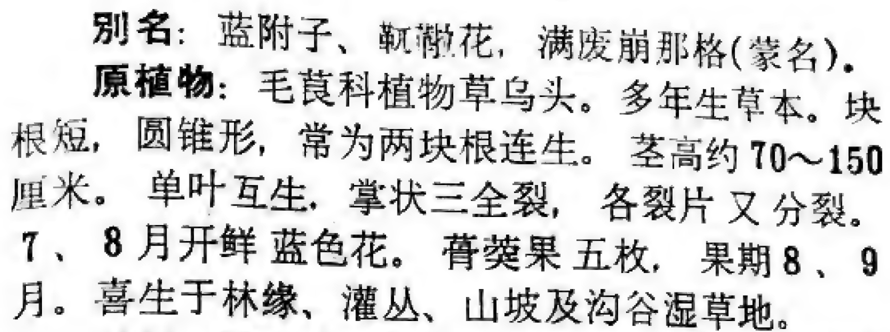


图4—19　石竹



草　　乌



别名：蓝附子、靰靮花，满废崩那格(蒙名)。

原植物：毛茛科植物草乌头。多年生草本。块根短，圆锥形，常为两块根连生。茎高约70～150厘米。单叶互生，掌状三全裂，各裂片又分裂。7、8月开鲜蓝色花。蓇葖果五枚，果期8、9月。喜生于林缘、灌丛、山坡及沟谷湿草地。

采制：秋季挖取根部，除去残茎及泥土，晒干或烘干。乌头有毒，入药须炮制：将去净杂质的乌头，放入缸中，用水浸泡，每天换2～3次水，至口尝无麻辣再放入锅中，加黑豆、甘草（每10斤草乌加黑豆1斤，甘草5两)用水煮到内无白心取出，去净甘草及黑豆，晾至半干，切片，再晒干用。

应用：祛风，胜湿，散寒，止痛。治风寒湿痹、牙疼、无名肿毒。量5分～1钱。

1. 治关节炎：制草乌、制川乌、制南星各[illegible]分，共研细末，蜜丸1钱重，每次1丸，日服一次。

2. 治牙痛：草乌2钱，细辛1钱，水煎含漱不可咽下。

参考：

1. 反半夏、天花粉、瓜蒌、蒌仁、白蔹、芨、贝母、畏犀角。

2. 草乌有毒，内服时必须炮制，孕妇慎用



图4—20 · 草乌头

福寿草

别名：冰郎花、冰里花。

原植物：毛茛科植物侧金盏花。多年生草本，早春植物。根茎短，密生须根。茎直立，苞有膜质鳞片。叶三回羽状分裂，小裂片披针形。花单一，顶生，鲜黄色。5～6月结集成珠形瘦果，果后植物枯死。

喜生于腐植质肥厚背风向阳处。常见于阔叶杂木林下，林缘及坡地中下部。主产永吉、九台、舒兰、磐石等半山区各县。

采制：4～5月采开花带根全草。去泥杂，阴干。

应用：强心利尿，镇静。治心力衰竭、癫痫等。量5分～1钱。

治心力衰竭：福寿草1钱浸汁（酒浸或水浸）服，为一日量。



图 4—21　侧金盏花

升　麻

别名：窟窿牙根，普如木槽（蒙名）。

原植物：毛茛科植物升麻。多年生草本。根茎粗壮，弯曲，并有数个茎痕，俗称窟窿，表面黑色，断面灰白色。茎直立，高1米多。叶大，2回3出复叶。花序分歧，成圆锥状，雌雄异株。7～8月开花，8～9月结蓇葖果。

常见于溪谷草甸子、疏林灌丛及林缘一带，产于东部山区及半山区。

采制：秋季挖根，晒至须根干燥，用火燎掉须根，切片，再晒至纯干，生用。

应用：升阳提陷，清热解表，宣毒透疹。治风火牙痛、咽喉疼痛、头痛、斑疹不透。量1～2钱。

1．治牙痛、龈肿：升麻2钱，生石膏5钱，水煎，日服二次。

2．治小儿脱肛：升麻1钱，炙黄耆1钱，水煎，日服二次。



图 4—22　升麻

威　灵　仙

别名：野辣椒秧子、风车草，嘎嗽一扑(朝名)。

原植物：毛茛科植物东北铁线莲。多年生草本。须根多而长，深黑褐色。茎蔓延或上升，以弯曲叶柄攀援于灌木枝条上。叶羽状全裂至3出状全裂，小裂片披针状卵形。花白色，小形，多数，集成顶生及腋生的繖房状聚繖花序。瘦果扁。花期6～8月，果期7～9月。

采制：春秋季采根，除去残茎及泥土，晒干生用或酒炒用。

应用：祛风除湿，通经活血，止痛。治风湿肿胀、骨节疼痛。麻木不仁、气滞血瘀、腹痛、噎膈反胃。量2～5钱。

1. 治风湿症：威灵仙2钱，苍朮3钱，水煎，日服二次。

2. 治气滞血瘀腹痛：威灵仙2钱，木香1钱，共研细末，每次1钱，日服二次，黄酒为引。

3. 治噎膈反胃：威灵仙1斤，水煎后去渣浓缩成膏状，再加蜂蜜1斤熬成膏，每次一匙，四小时服一次。



图 4—23 东北铁线莲

赤　　芍

别名: 含巴高(朝名), 苏尔巴得马日卜(蒙名)。

原植物: 毛茛科植物芍药。多年生草本。根肥大, 红褐色, 折断面粉白色。茎直立, 高50～80厘米。2回3出羽状复叶, 小叶长圆形或披针形。花乳白色, 淡粉色至深红色, 生于茎顶。蓇葖果3～6个, 种子卵圆形, 黑色。花果期6～7月。

生于山坡、山沟、灌丛中或草木茂盛的沙丘上。遍布全省。

采制: 春秋挖根, 去泥杂, 晒至半干时, 切片, 晒干。

应用: 泻肝凉血, 消散痈肿, 破血通经。治胁痛、腹痛、痈肿、目赤、小肠痈疡、妇女经闭。量1～3钱。

治妇女经闭发热: 赤芍3钱, 柴胡2钱, 水煎, 日服二次。

参考: 反藜芦。



图 4—24 芍药

白 头 翁

别名：毛姑都花、耗子花根、老婆子花，斯尔敖恩（蒙名），哈尔米高（朝名）。

原植物：毛茛科植物白头翁。多年生草本。根圆锥状肥大。株高15～30厘米，全株密被白毛。叶根出，丛生，3出，小叶片2～3裂，裂片卵状椭圆形。4～5月开暗紫色大花，5月结果。瘦果多数，集成头状，花柱长而曲折，上密生白毛，形似老翁之头。

生于干山坡、干燥草甸、草原。遍布省内各地。

采制：春秋季挖根，去净泥杂，晒干生用。

应用：清热凉血，解毒。治毒热痢疾、鼻衄、血痔、温疟、瘰疬。量3钱～1两。

1．治痢疾：白头翁1两，水煎，加糖当茶饮，治愈为止。

2．治湿热痢疾：白头翁3钱，黄柏3钱，秦皮3钱，水煎，日服二次。

3．治赤白痢疾：白头翁4钱，马齿苋、莱服子各3钱，水煎，日服三次。

4．治淋巴结结核（瘰疬）：白头翁熬膏，贴患处。

5．治淋巴结结核：白头翁7两，每日加水1大碗，煎至1小碗，早晚各服一次。



图4—25　白头翁

山　豆　根

别名：爬山秧子、狗葡萄秧、狗尿豆、黄条香，宁巴（蒙名），嘎马得见农棍（朝名）。

原植物：防己科植物蝙蝠葛。多年生缠绕性藤本，长达数米。根茎粗壮，黄褐色。小枝有纵条纹。单叶互生，叶片5～7浅裂，盾形。雌雄异株，花房圆锥状腋生。6～7月开黄绿色小花，7～8月结形果实。

多生于田野路边、山坡林缘灌丛间。遍布省内各地。

采制：春秋季挖根茎，除去泥杂，晒干生用。

应用：清热解毒。治咽喉肿痛。量1～3钱。

1．治咽喉肿痛：山豆根3钱，桔梗1钱，酸浆8个，水煎，日服二次。

2．治咽喉肿痛：山豆根1钱，射干1钱，共研细末，吹入咽喉。

3．治腮腺炎（痄腮）：山豆根1两，水煎，日服二次。

4．治秃疮：山豆根1两，白糖适量，共研细末，用鸡蛋捣成膏，敷患处。

5．治腰疼：山豆根1两，白酒1斤，浸7天，每日二次，每次饮一杯。

6．治痰结喉中：山豆根1两，醋煎，日服二次。



图4—26 蝙蝠葛

五 味 子

别名：山花椒，嗷密扎（朝名），达达力格（蒙名）。

原植物：木兰科植物五味子。藤本植物，长达8米。皮暗灰褐色，微裂，小枝棕褐色，稍有棱角。叶互生、广椭圆形或倒卵形。花单性，雌雄同株，乳白色或带淡紫红色。花期5～6月。浆果球形，熟时红色，果期8～10月。

生于杂木林，或绕缠在林缘沟边的树上。产于山区及半山区各县。

采制：9～10月采成熟果实，除去杂质，放席上晒干，生用。

应用：镇咳收敛，滋肾生津。治咳嗽喘息、腹泻、盗汗、遗精、伤津口渴。量5分～2钱。

1．治肺虚咳嗽：五味子1钱，麦冬3钱，党参2钱，水煎，日服二次。

2．治痰喘咳嗽：五味子、白矾各等分，共研细末，每次3钱，将猪肺煮熟，蘸药末嚼食。

3．治肾虚遗精：五味子1斤，洗净，水浸揉去核，以纱布滤过，加蜂蜜2斤，慢火熬成膏，放瓶内贮藏。日服1～2匙。



图 4 —27　五味子

白　屈　菜

别名：山黄连。

原植物：罂粟科植物白屈菜。多年生草本。体内含黄色乳汁，根圆柱形，多分歧，密生须根，表面土黄色。茎直立，高30～50厘米，全株有密毛，幼嫩部分更甚。叶互生，2回羽状深裂。花黄色。蒴果线状圆柱形。种子卵形，多数，成熟后为暗褐色。

生于山野林缘及道边湿润处。产于东部及中部各县。

采制：5～7月采带花全草，晒干，生用，或随时采鲜草用。

应用：利尿，疏肝，止痛。治水肿、黄疸、肝硬化。外治肿疡及蜂蜇等。量1～3钱。

治蜂蜇、疮肿：鲜白屈菜适量捣烂，敷患处。

参考：近年来，据国外研究报导，白屈菜制剂，治疗皮肤结核有良好效果，并指出此与白屈菜中含有小量维生素甲原和维生素丙有密切关系，现广泛应用。



图4—28　白屈菜

延　胡　索

别名：元胡、蓝花菜、蓝花豆，很好色（朝名）。

原植物：罂粟科植物延胡索。多年生草本。块茎球形，外被棕褐色的皮，内部黄白色或白色。茎细弱，高约10～30厘米。叶互生，2回3出全裂，裂片有各种形状，变化极大。总状花序，花淡紫红色，蓝色或淡蓝色，4～5月开。6～7月结细长柱形蒴果。

生于腐植质肥厚的阔叶林及杂木林沟谷斜坡稍阴处。产于永吉、九台、蛟河、舒兰、盘石及通化等县。

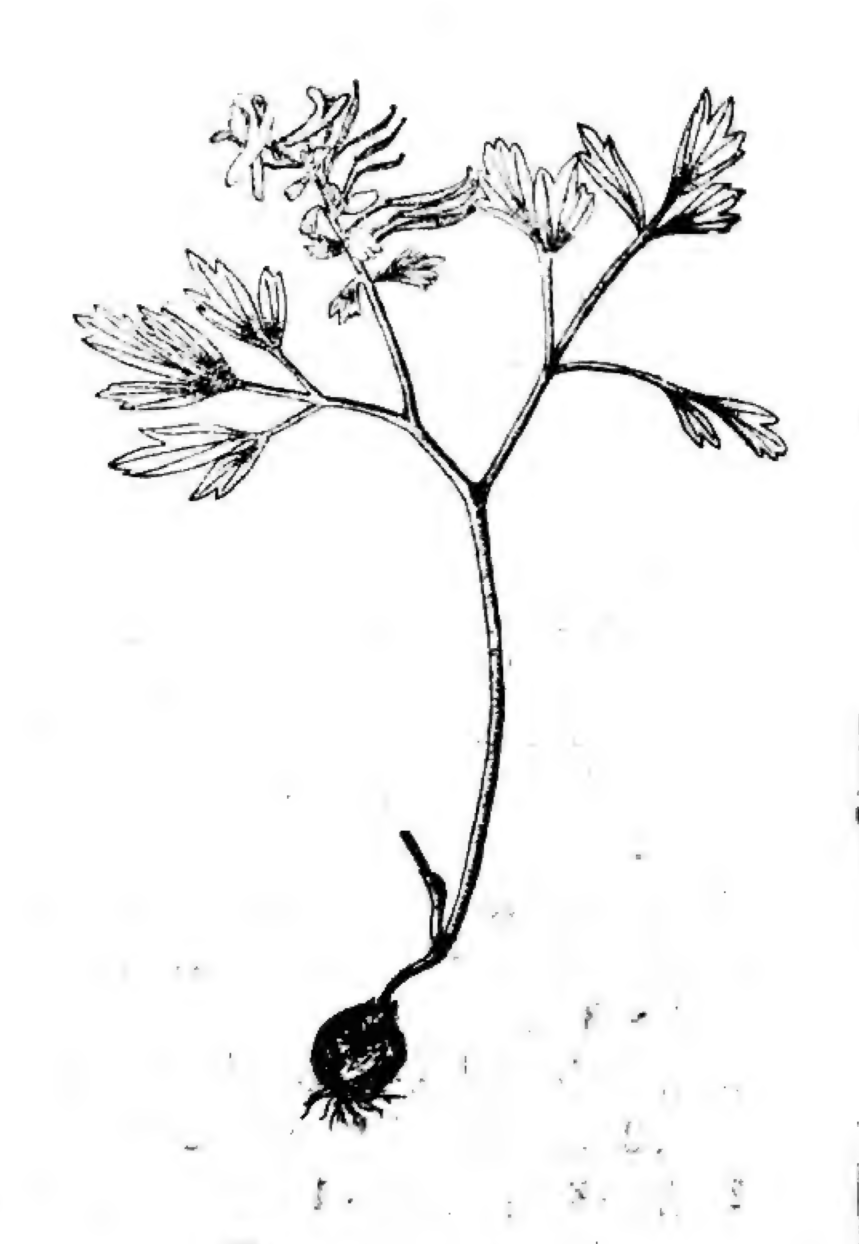
采制：5～6月挖块茎，去外皮，然后以沸水煮之，至内部变黄取出，放席子上晒干用或醋炙用。

醋炙延胡索：将延胡索加醋闷润，至醋被吸尽，用微火翻炒变略黄时，取出晾凉，用时捣碎，每斤延胡索加醋2两。

应用：活血散瘀，利气镇痛，调经。治心腹腰膝诸痛、瘀血作痛、跌打损伤、症瘕、崩漏、月经不调。量1～3钱。

1．治胃痛：延胡索5钱，川楝子4钱，共研细末，每次2钱，日服二次，白酒送下。

2．治胃痉挛：延胡索1两半，研细末，每次3钱，日服二次。


图 4—29 延胡索

葶 苈 子

别名：羊辣罐子，苏米那——两（朝名），达力羊牙干、光土各不如（蒙名）。

原植物：十字花科植物腺茎独行菜。二年生草本。高20～30厘米，上部多分枝。根出叶羽状分裂，丛生；基叶互生；下部茎生叶狭长圆形；上部茎叶线形。总状花序生于枝顶，花小，白色或淡绿色。角果扁平，椭圆形，果期6～8月。

生于荒地、道边。全省各县均有生长。

采制：7月果实即将成熟时，割取全草，晒干，打下种子，簸去果皮等杂质，生用。

应用：行气利水，祛痰平喘。治肺痈、痰饮咳嗽、喘息、水肿胀满。量1～3钱。

1．治渗出性胸膜炎、喘不得卧、痰盛者：葶苈子、苏子等分共研细末，每服1钱，夜半服一次。

2．治咳嗽、喘满不得卧：葶苈子3钱，大枣20枚（去核），水煎至枣烂取汁，分二次服。

3．治百日咳：葶苈子3钱（炒）、百部3钱（炒），大枣一两，水煎，日服二次。

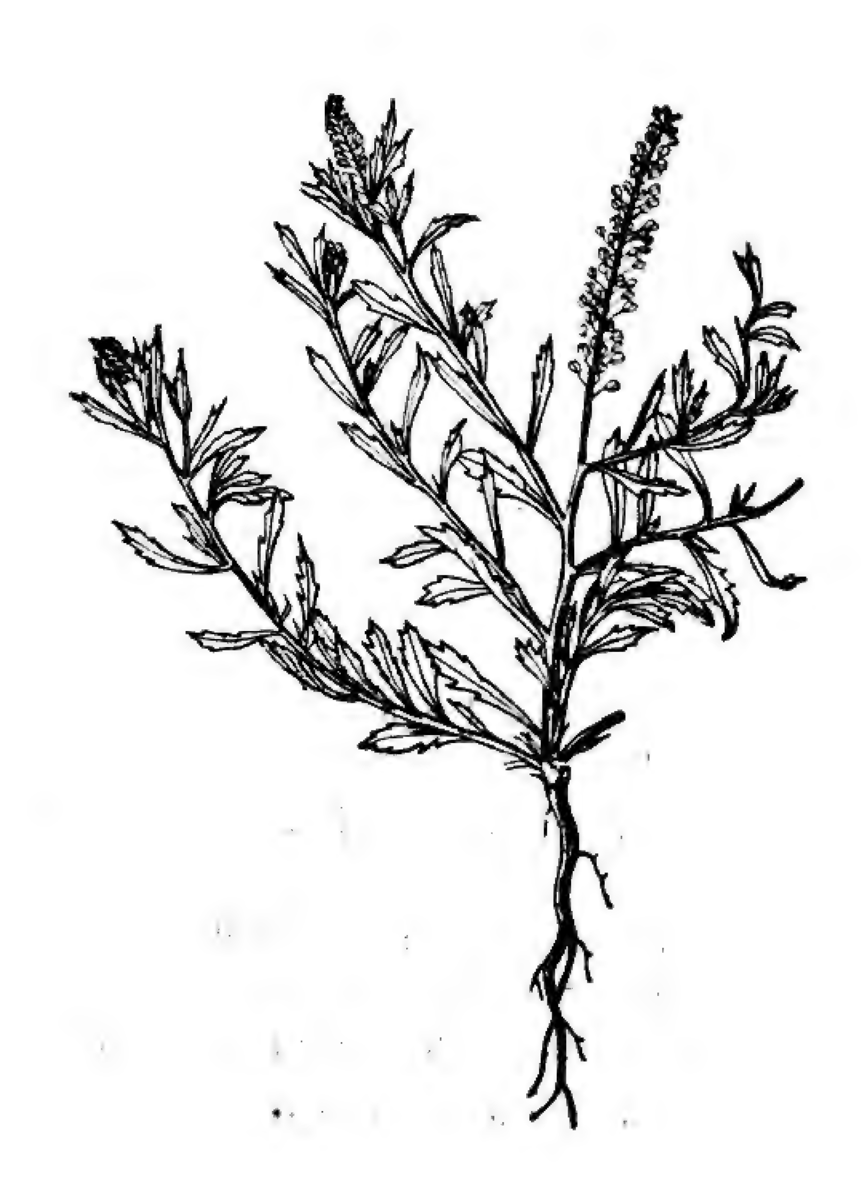


图 4—30　腺茎独行菜

莱　菔　子

别名：大萝卜、萝卜子，牟屋希（朝名），拉甫克布来（蒙名）。

原植物：十字花科植物莱菔。因长期栽培，形成许多品种。种子都可入药，称莱菔子。

采制：种子成熟时采收，去净杂质，晒干，生用或炒用。

应用：降气定喘，消食化痰。治咳嗽气喘、痰多、食积、胸闷、腹胀。量 1～3 钱。

1. 治顽痰宿食：莱菔子研细末，每次 2 钱，日服二次。

2. 治胸闷胁痛：大萝卜 1 斤，葱白 4 两，生姜 2 两，共捣烂炒热，分二次敷胸胁处。

3. 治老年五更泄：莱菔子 5 钱，苍朮 3 钱，生姜 1 钱，水煎，日服二次。

4. 治老年头晕：大萝卜 1 两，生姜 1 两，大葱 1 两，共捣为泥，敷头上，连用 4～5 次。

南 瓜 子

别名：倭瓜、窝瓜、好巴（朝名）。

原植物：胡芦科植物南瓜。一年生草本。茎蔓生，密生粗毛。卷须单一。叶互生，有柄，心形，掌状5浅裂。雌雄同株，花腋生，大形，黄色，单生，花冠钟形开展。瓠果大，扁球形，有纵沟，上下凹陷，熟时黄橙色。种子扁，椭圆形，淡黄白色。花期7～8月，果熟期9～10月。

省内各地均有栽培。

采制：秋季果实成熟，取种子晒干，生用或炒熟用。

应用：杀虫。治绦虫。量1～2两。

1．治绦虫：南瓜子4两，炒熟研末，槟榔4两，水煎，服南瓜子面，服后2小时，再温服槟榔煎汁，服后坐在温水盆上，绦虫自下。

2．治绦虫：南瓜子2两，槟榔2两，硫酸镁4钱，先将南瓜子炒熟，剥去皮吃仁，再服槟榔煎汁，半小时后，服硫酸镁，坐在温水盆上排便，须将绦虫的头排下，空腹服药。体虚者及孕妇禁用。

仙 鹤 草

别名：金顶龙芽、地蝈蝈、黄牛尾。

原植物：蔷薇科植物龙芽草。多年生草本。高约50厘米，全株生粗毛。茎直立，单一。羽状复叶，小叶长圆状披针形或倒卵状披针形。总状花序如穗状，顶生，花黄色，瘦果被刺毛，易附着于它物。花期7月，果期8～10月。

生于原野、林缘草地、路旁、宅边。遍布全省。

采制：7～8月将全草割下，除净杂质，切成小段，晒干生用，或随时采鲜草用。亦有单用根者，将根挖出，除去泥土、残茎。

应用：凉血，止血，收敛。治吐血，衄血、咳血、便血、子宫出血、尿血、月经不调、赤白带下、赤白痢疾、腹泻等。量2～4钱。

1．治肺结核咯血、妇女经血过多、吐血、衄血等：仙鹤草1两，水煎，日服二次。

2．治腹泻痢疾：仙鹤草5钱（鲜者加倍），水煎，日服二次。

3．治久咳：仙鹤草3斤，每日用开水冲开，当茶连续饮用。

4．治烧伤、烫伤：仙鹤草根研细末，香油调涂。

5．治腹泻：仙鹤草根5钱，水煎，日服二次。

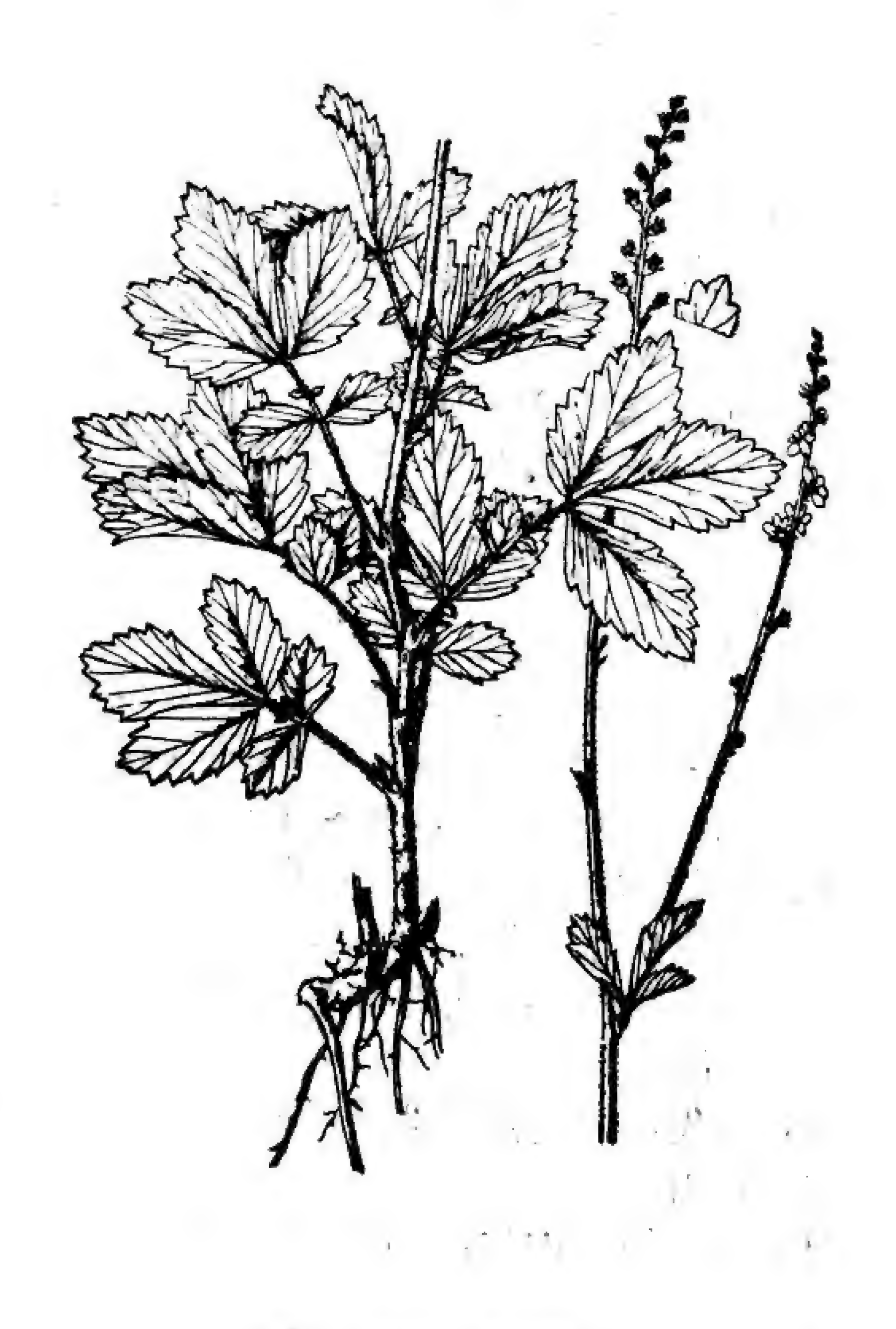


图 4—31 龙芽草

委 陵 菜

别名：野鸡膀子、黄连尾、痢疾草，达机吉他(朝名)。

原植物：蔷薇科植物委陵菜。多年生草本。根粗大，木质化，圆锥形。茎高约30～60厘米，全体被白毛。奇数羽状复叶，根生叶于茎上互生。小叶15～25枚，长圆状或披针状。6～8月开黄色小花，成繖房状聚繖花序。8～9月结聚合瘦果，瘦果卵圆形。

生于路边、宅旁、荒山、荒地。产于省内各地。

采制：6～8月割全草，切小段，阴干生用。

应用：解毒，止血。治疮痈、痢疾、吐血、崩漏。量3～5钱。

1．治疮疖、痈肿：委陵菜5钱，水煎，黄酒为引，日服二次。外用鲜根捣烂，敷患处。

2．治赤白痢疾：委陵菜、马齿苋各5钱，水煎，日服二次。

3．治吐血或无名肿毒：鲜委陵菜1两，水煎，日服二次。

4．治崩漏：鲜委陵菜1两，捣烂，黄酒煎，日服二次。



图 4—32　委陵菜

地　　　榆

别名：黄瓜香、鞭枣胡子，出虫巴（蒙名），比沙力、鸡又（朝名）。

原植物：蔷薇科植物地榆。多年生草本。根茎粗状，密生纺垂状根。茎直立，高约50～100厘米。奇数羽状复叶，根生叶丛生，小叶 7～21枚，卵形或椭圆形。茎生叶互生，小叶数目少，形小。穗状花序数个疏生于茎顶部，花序球形至圆柱形，暗红紫色，花果期 6～9 月。

多生于半湿草地、林缘灌丛等处。遍布省内各地。

采制：春秋季采根，除去杂质，切片晒干生用，或炒炭用。

地榆炭：将地榆放锅内，用强火炒至外部焦黑、内部焦黄，喷水灭火星，放铁桶中闷48小时，取出晾干。

应用：凉血，止血。治崩漏、便血、肠痈、烫火伤。量 1～3 钱，外用适量。

1．治经漏：地榆1两，醋2两，水煎，日服二次。

2．治便血：地榆炭 3 钱，水煎，红糖引送，日服二次。

3．治烫伤：将生地榆研细末，用香油调涂患处。

图 4—33　地榆

杏　　仁

别名：哈木布塞古(蒙名)，得儿沙儿故(朝名)。

原植物：蔷薇科植物杏。自生或栽培。

采制：7～8月果实成熟时，取杏核，去外壳，取仁晒干。

炒杏仁：将杏仁放开水锅中，搅拌，至红皮微鼓起，捞入凉水中，搓掉红皮晒干，用慢火炒至微黄，取出晾凉，用时捣碎。

应用：润肺祛痰，止咳定喘，滑肠。治咳嗽气喘、咽喉肿痛、胸膈满闷、便秘。量1～3钱。

1．治肺结核及气管炎：杏仁4钱，贝母2钱，冰糖5钱，研细末，每次1钱，用鸡蛋1个开水冲服，日服二次。

2．治咳嗽：杏仁4两，煨核桃仁6两，共捣如泥状，贮罐内。每次一汤匙，日服一次。

3．治寒性胃痛：杏仁3钱，白胡椒1钱，研细末，匀三次，日服二次。

4．治克山病：生杏仁1两，巴豆霜2钱，共研细末，每次5分，姜水送下，日服一次。

5．治疔毒：将杏仁捣成泥状敷患处。

6．治黄水疮：将杏核烧焦黑，砸开取仁，磨成油末状涂患处。

参考：杏仁有毒，用量不宜过大。

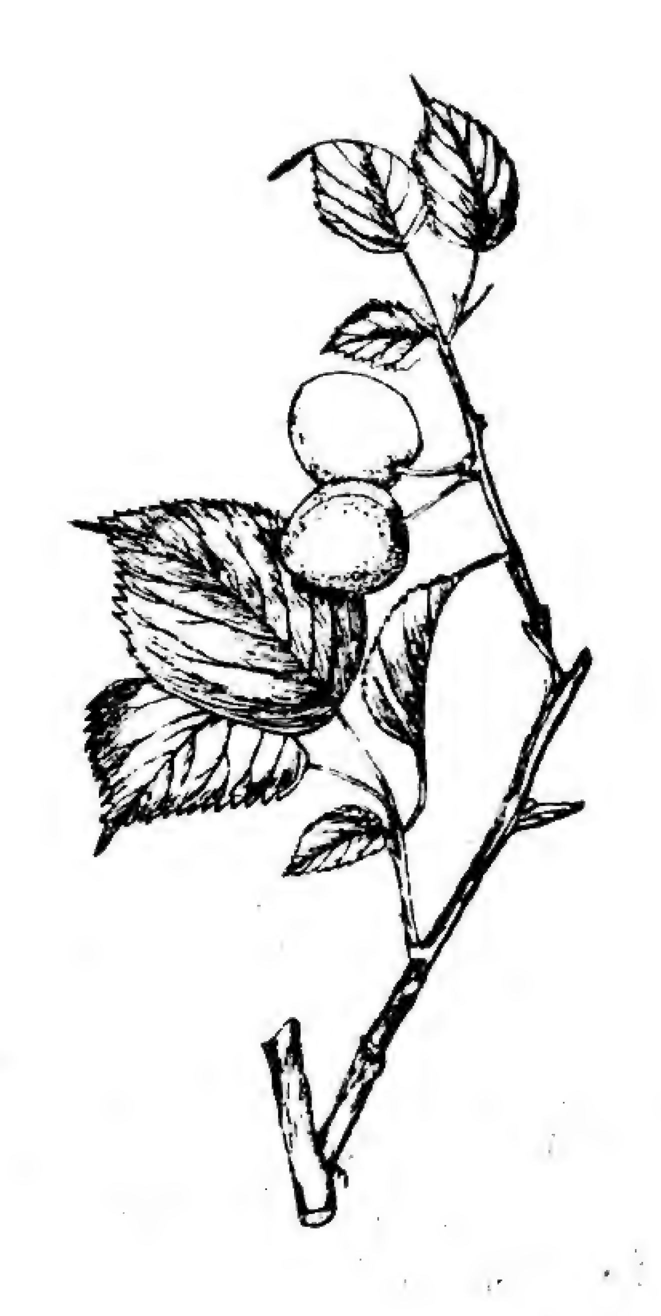


图 4—34 杏

山 楂

别名：阿古拜（朝名）。

原植物：蔷薇科植物山楂。落叶小乔木。高 6～7 米。树皮暗灰色，枝有刺。单叶互生或于短枝上簇生。有肾形托叶，叶片广卵形。通常羽状深裂，裂片 7 片，长圆形。5～6 月开白花，集成繖房花序。果实球形，通常 1.5 厘米大小，熟后暗红色，表面有淡色小斑点。

见于杂木林缘、干山坡沙质地上。

采制：秋季采果实，切成两半或小片，晒干生用，或炒焦用。

焦山楂：山楂片炒至焦黑色，取出晾凉。

应用：健胃，消食，行瘀。治食积，伤食作泻，冻伤，赤白痢疾。量 3 钱～1 两。

1．治食积：生山楂 3 钱，炒麦芽 3 钱，水煎，日服二次。

2．治伤食腹泻：焦山楂 3 钱，研细末，加糖，开水冲服，一次服，日服二次。

3．治冻疮：鲜山楂肉用火烧熟，捣泥敷患处。

4．治赤白痢疾：山楂 3 两，糖 2 两，水煎，分 4 次，一日服完，小儿酌减。

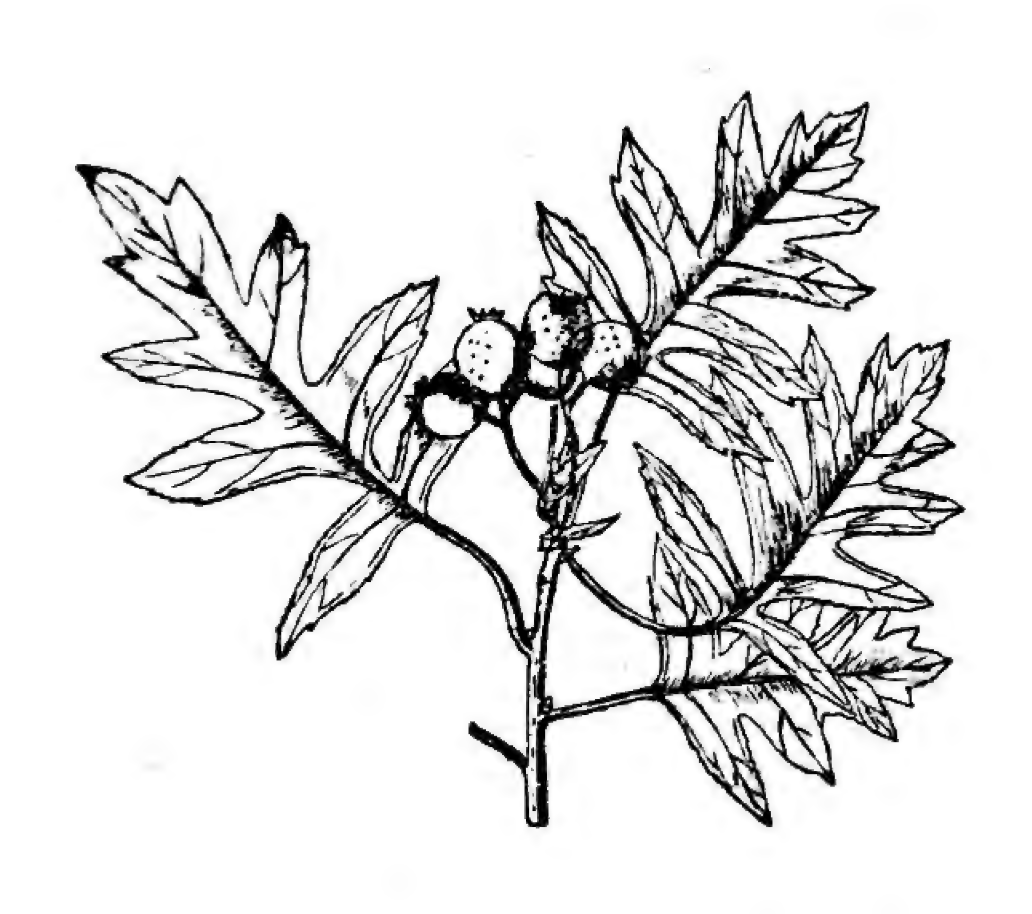


图 4—35　山楂

地　　丁

别名：小丁黄，地各大（蒙名），吱歌一杂问、米恩得烈（朝名）。

原植物：豆科植物米口袋。多年生草本。高 5～10厘米，无地上茎。主根粗壮，木质，圆锥形，须根较少，外表棕褐色或红棕色，稍带紫色，奇数羽状复叶，丛生于根茎。小叶 5～21片。长圆形或卵形。两面密被长毛，灰绿色。花蓝紫色或红紫色。2～6个集生花轴顶端，呈繖形状。荚果细长圆柱状，黄绿色，种子肾形，绿棕色。花期 4～5 月，果期 6～7 月。

生于田野路旁草地，干燥山坡或草原。遍布全省。

采制：开花时或果实成熟后，挖取全草晒干，生用。

应用：清热解毒。治肠痈及诸疮肿毒。量 1～3 钱，多者可用 1 两，外用适量。

1．治肠痈（慢性阑尾炎）：地丁 2 两，红藤 2 两，水煎，日服二次。

2．治诸疮：地丁 1 两，水煎，日服三次。外用鲜地丁，捣烂敷患处。

3．治烫火伤：地丁研细末，香油调涂患处。

4．治疔毒：地丁 1 两，甘草 3 钱，明矾 1 钱，水煎，黄酒为引，日服二次。



图 4—36　米口袋

黄　　芪

别名：黄耆，扫色色尔卜（蒙名）。

原植物：豆科植物东北黄耆。多年生草本。主根呈长棍棒形，外皮淡褐色。茎直立，高50～80厘米，具槽，上部多分枝。奇数羽状复叶，小叶11～29枚，长圆形。7～8月开淡黄色花，集成总状。荚果半椭圆形，初扁平，后渐渐膨大成膀胱状。8～9月果实成熟。

生于干燥砂质土壤。常见于河边沙地，干山坡及稀疏的柞树林内。主产山区及半山区。

采制：秋季挖根，去泥杂，切片晒干，生用或蜜炙用。

蜜炙黄芪：将蜂蜜加 1/3 的水，合均，熬开，倒入黄耆片，用小火炒至变黄色，不粘手时取出，晾凉。每斤黄耆，用蜜 3 两。

应用：补气，固表，止汗，生肌，利尿。治脱肛、遗尿、经崩、吐衄。量 3 钱～1 两。

1．治气虚脱肛：黄芪 4 两，防风 1 钱，水煎，日服二次。

2．治年老遗尿或阴茎痛：生芪 4 两，甘草梢 8 钱，水煎，日服二次。

3．治慢性疮疡久不收口：黄芪 2 两，水煎，日服二次。

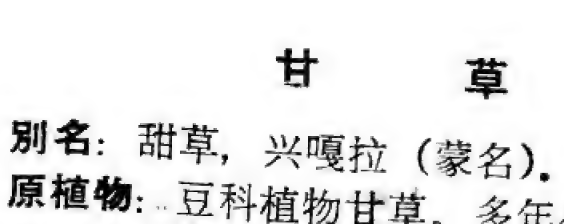


图 4 —37　东北黄耆

甘　　草

别名：甜草，兴嘎拉（蒙名）。

原植物：豆科植物甘草。多年生草本。主根直而粗大，内部桔黄色或黄色，有甜味，外皮红褐色或灰黑褐色。根茎多头。茎直立，单一或分枝，高40—70厘米。奇数羽状复叶，小叶 4～8 对，卵圆形或椭圆形。总状花序腋生，花密集，紫色。荚果成镰状弯曲，密集成球。花、果期 6 、8 月。生于弱碱性沙地，盐土沙质草原。

采制：春秋两季采根。切片晒干，生用或蜜炙用。

炙甘草：将蜂蜜加$^1/_3$的水，搅匀，熬开，投入甘草片，用慢火炒至蜜水吸尽，药色变黄为止。每斤甘草用蜜 3 两。

应用：清热解毒，润肺缓急，祛痰止咳，调和诸药。治疮疡、咽喉肿痛、中毒、咳嗽、口渴、脾虚少食、便溏、心悸等。量 1 钱～1 两。

1．治胃溃疡及十二指肠溃疡：甘草 8 两，海螵蛸 1 两共为细面，每次 1 钱，日服二次。

2．治暑令烦渴热泻，小便不利：甘草 1 两，滑石 6 两，为细面，每次 2 钱，日服二次。

参考：反大戟、芫花、甘遂、海藻。



图 4—38　甘草

苦　　参

别名：地槐根子、山槐子，立得力（蒙名），鄂条木布利（朝名）。

原植物：豆科植物苦参。多年生草本。根粗壮，垂直，呈绳索状。茎直立，多分枝，高约40～90厘米。奇数羽状复叶，小叶11～19枚，长卵形。总顶花序顶生，花淡黄色。荚果，有数粒种子；种子间缢缩成念球状，熟时暗栗褐色。花期7～8月，果期8～9月。

喜生于沙荒地、沙质河边草地、干山坡等处。遍布全省。

采制：春秋季挖根，去掉泥土及残茎，晒至半干切片，再晒至纯干，生用。

应用：清热解毒，利尿，杀虫。治黄疸、热痢、小便赤涩、疥癞恶疮、烫火伤等。量3钱～1两，外用适量。

1．治尿道炎（尿道涩痛）：苦参1两，水煎，日服二次，连续服用。

2．治头皮癣：苦参4两，水煎后去渣，加入猪胆汁半个，趁热洗用。

3．治痔疮：苦参1斤碾末，以大枣适量，煮烂捣泥做丸二钱重，每次一丸，日服二次。

5．治烫火伤：苦参适量研末，香油调敷患处。



图 4—39　苦参

透 骨 草

别名：落豆秧、草藤，包身化（朝名）。

原植物：豆科植物山野豌豆。多年生攀缘性草本，高40～90厘米。茎较坚韧，呈四棱形，表面有明显的纵走棱线。羽状复叶，小叶 8～14枚，椭圆形，叶轴末端变为分歧的卷须。总状花序腋生，具10～25朵蓝紫色的花。荚果长圆状菱形。花果期 7～9 月。

喜生山地林缘灌丛、路边、湿草地、草原及固定沙丘等处。全省各地均产。

采制：7～8 月间，割取带花全草，晒干生用。

应用：活血止痛，败毒燥湿。治风湿痛、湿疹。量 1～3 钱。

1. 治风湿痛：透骨草、菖蒲各适量，水煎熏洗。

2. 治阴囊湿疹：透骨草 3 钱，艾叶 3 钱，煎水熏洗。每日洗一次。

3. 治无名肿毒：透骨草适量，研细末，用醋调敷。



图 4—40　山野豌豆

贯　　筋

别名：公藤、老鸹嘴、老鹳草、痢疾草，痢疾普儿（朝名）。

原植物：牻牛儿苗科植物鼠掌草。多年生草本。茎多分枝。单叶对生，有柄，叶片五角形，3～5深裂，裂片菱状卵形，有羽状缺刻及大牙齿，两面散生短毛。斜上或稍直立。花梗腋生，单一。花单生，淡红色至白色。蒴果长1.5厘米，成熟后开裂，果瓣向上反卷。花期7～8月，果期8～9月。

生于山林，田野间。遍布全省。

采收：7～8月间，割取全草，晒干，切碎生用，或随时采集鲜草使用。

应用：疏风活血，通经活络，强筋骨。治风寒腰腿疼痛、跌打损伤、四肢麻木、痢疾、不孕等。量3～5钱。

1．治风寒腰腿疼痛：鲜贯筋1两（干者5钱）水煎，日服二次。

2．治疗及预防痢疾：贯筋5钱，煎浓汁一次服，日服二次（服药前先服蓖麻油一酒盅，缓泻后，再服此药效果好）。

3．治不孕、子宫内膜炎：贯筋5钱，决明子5钱，水煎取浓汁一碗，分二次服，日服二次。



图 4—41　鼠掌草

亚　　麻

别名：疔毒草。

原植物：亚麻科植物野亚麻。一年生草本。茎直立，高40～70厘米，中部以上多分枝，茎细圆柱形。叶线形，互生，无柄。花单生于茎枝端，构成聚繖花序；花淡紫色或蓝色。蒴果球形。种子卵状，暗栗褐色。花期 7～8 月，果期 8～9 月。

生于较干旱草原、干山坡草丛中。产于我省九台、长春、长岭、通榆、乾安、大安、镇赉等县。

采制：秋季种子成熟时，摘下果实，搓出种子，簸净，晒干。

全草：可随时采集鲜用。

应用：解毒消肿。治疮疖痈肿、外用适量。

治各种疮疖痈肿：鲜亚麻全草捣烂，敷于患处，日换一次。



图4—42 野亚麻

白 鲜 皮

别名：八股牛。

原植物：芸香科植物白鲜。多年生草本，高35～85厘米，全株有强烈香气。根茎木质，生有数条粗长的根，淡灰黄色，香气强烈。茎下部灌木状，上部多分枝。奇数羽状复叶，互生，小叶通常9～13个长圆形。总状花序顶生。花两性，淡紫色，带淡红紫色脉纹。蒴果成熟时五裂，每裂瓣呈扁囊形，种子卵圆形，黑色。花期5～7月，果期6～8月。

生于疏林、灌丛、干山坡及平原草地。主产于山区及半山区。

采制：春秋季采，以春季较好，将根挖出，除去泥土，搓掉栓皮，抽出木心，晒至纯干，生用。

应用：清湿热，止血。治黄疸、荨麻疹、皮癣、刀伤出血。量1～3钱。

1．治黄疸：白鲜皮3钱，茵陈蒿1两，水煎，日服二次。

2．治荨麻疹：白鲜皮3钱，威灵仙3钱，苦参3钱，蛇床子3钱，共研细末，每次2钱，开水冲服，日服二次。

3．治刀伤出血：白鲜皮研末，敷伤口，即能止血。



图 4—43　白鲜

黄　　柏

别名：黄波罗，吉乃巴（蒙名）。

原植物：芸香科植物黄蘖。乔木，高约10～15米。树皮浅灰色，深沟裂，木栓层厚而柔软，内皮鲜黄色。奇数羽状复叶，小叶片通常4～11个，长椭圆状披针形。花单性，雌雄异株，圆锥花序，花淡绿色。8～9月结球形核果，老熟时紫黑色。

生于湿润肥沃土壤，多见于溪流谷地。遍布于山区及半山区各县。

采制：春秋剥树皮，刮去木栓，晒干，切碎生用或盐水炒用。

盐黄柏：将黄柏丝用盐水拌匀（每斤用食盐3钱），闷润2小时，用微火翻炒，至稍变色，取出晾凉。

应用：泻火，解毒，清湿热。治烫火伤、小儿口疮、外耳道炎、腮腺炎、关节炎、痢疾、溃疡、皮肤瘙痒。量1～3钱。

1．治烫火伤：黄柏末、生大黄末合匀，以鸡蛋清调匀，敷患处。

2．治腮腺炎、疖痈：黄柏研末，用鸡蛋清或香油调涂。频换，勿使干结。

3．治关节炎：黄柏3钱，苍术3钱，水煎，日服二次。

4．治溃疡、湿烂：黄柏1两，煎水湿敷。

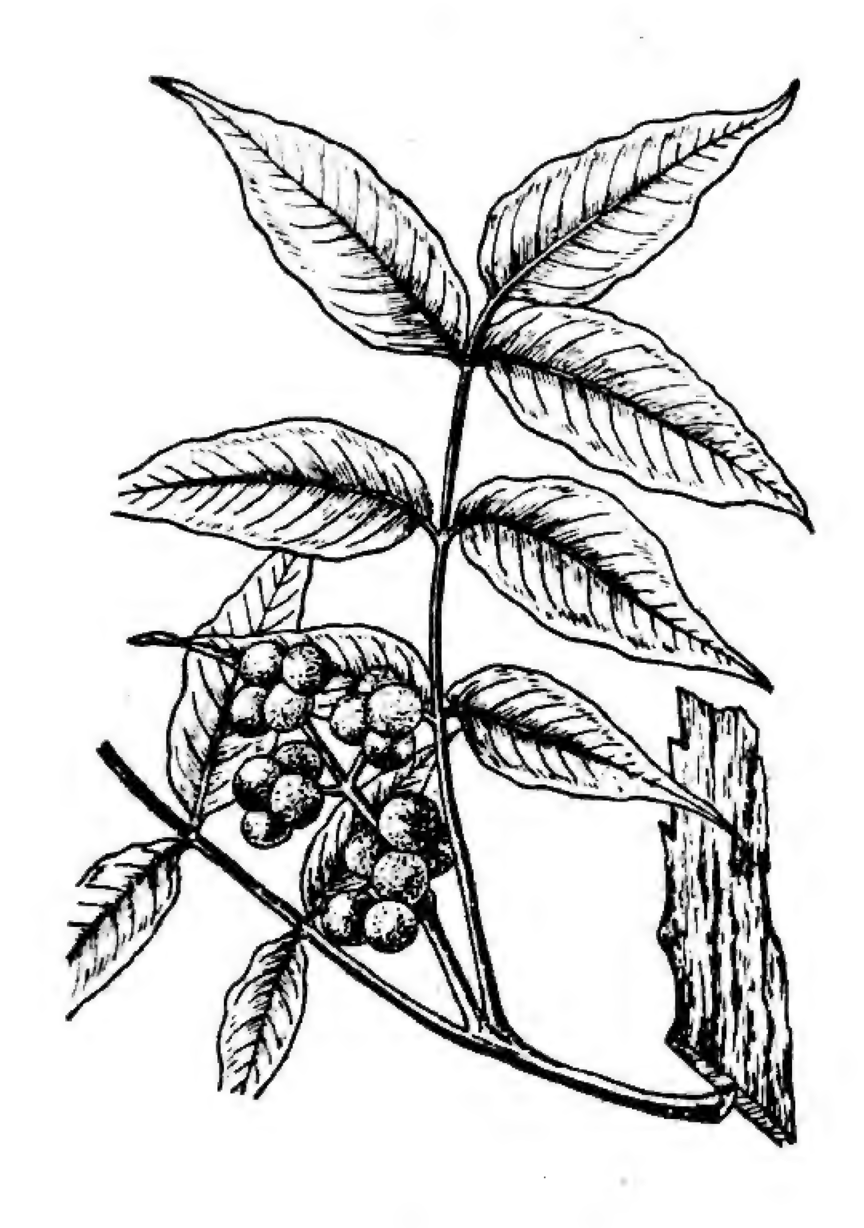


图4—44 黄蘗

远　　志

别名：小草。

原植物：远志科植物远志。多年生草本。根长而较肥厚，斜伸入土壤中。茎多数，较细，高25～35厘米，直立或斜上，多分枝。叶斜向上，狭线形。总状花序生于小枝的顶端，花少数，排列疏松，呈粉红色的紫堇色。花期5～8月，果期6～9月。

生于石砾质山坡，干燥砂质草地，路旁砂地。遍布全省。

采制：春秋两季采收。秋季者良。将根挖出后，去净残茎，泥土和须根，晒至三成干时，放在板上搓去木心，晒至纯干，生用或蜜炙。

炙远志：取蜂蜜加入1/3的水，合匀，熬开，放入远志拌炒，待蜜水吸尽，药色变黄为度，每斤远志用蜜2两。

应用：安神，祛痰。治心悸、失眠、记忆力减退、遗精、咳嗽多痰、痈疽疮肿。量1～3钱。

1．治遗精：远志3钱，莲肉2钱，生龙骨4钱，菟丝子4钱，水煎，日服二次。

2．治神经衰弱：远志、五味子各等分为细末，每晚睡前服1钱。

3．治寒痰咳逆：远志3钱，半夏3钱，杏仁1钱，水煎，日服二次。

图 4—45 远志

独 活

别名：大活、走马芹、走马芹筒子，刀块（朝名），不路各尔匝瓦（蒙名）。

原植物：繖形科植物独活。多年生草本。根粗大，分歧，黄褐色，有特异的香气。茎极粗壮，高 1米～1.5米，基部茎达 5～7 厘米，圆筒形而中空，通常紫堇色。下叶有长柄，基部膨大成鞘状，二回或三回羽裂；上叶无柄，基部具有非常膨大的叶鞘。繖形花序，繖梗20～40，花白色。双悬果扁平，椭圆形或近圆形。花期 7 月，果期 8～9 月。

生于沿河草甸子、灌丛或河流两岸。省内各地都产。

采制：春季挖根，去掉地上茎及泥土，晒至半干。切片再晒至纯干，生用。

应用：祛风湿，止痛。治感冒头痛、牙痛、关节酸痛。量 1～3 钱。

1．治感冒头痛：独活 3 钱，细辛 1 钱，防风 3 钱，水煎，日服二次。

2．治牙痛：独活 3 钱，生地 5 钱，水煎，日服二次。

3．治腰腿酸痛（关节炎）：独活 3 钱，牛膝 3 钱，水煎，日服二次。

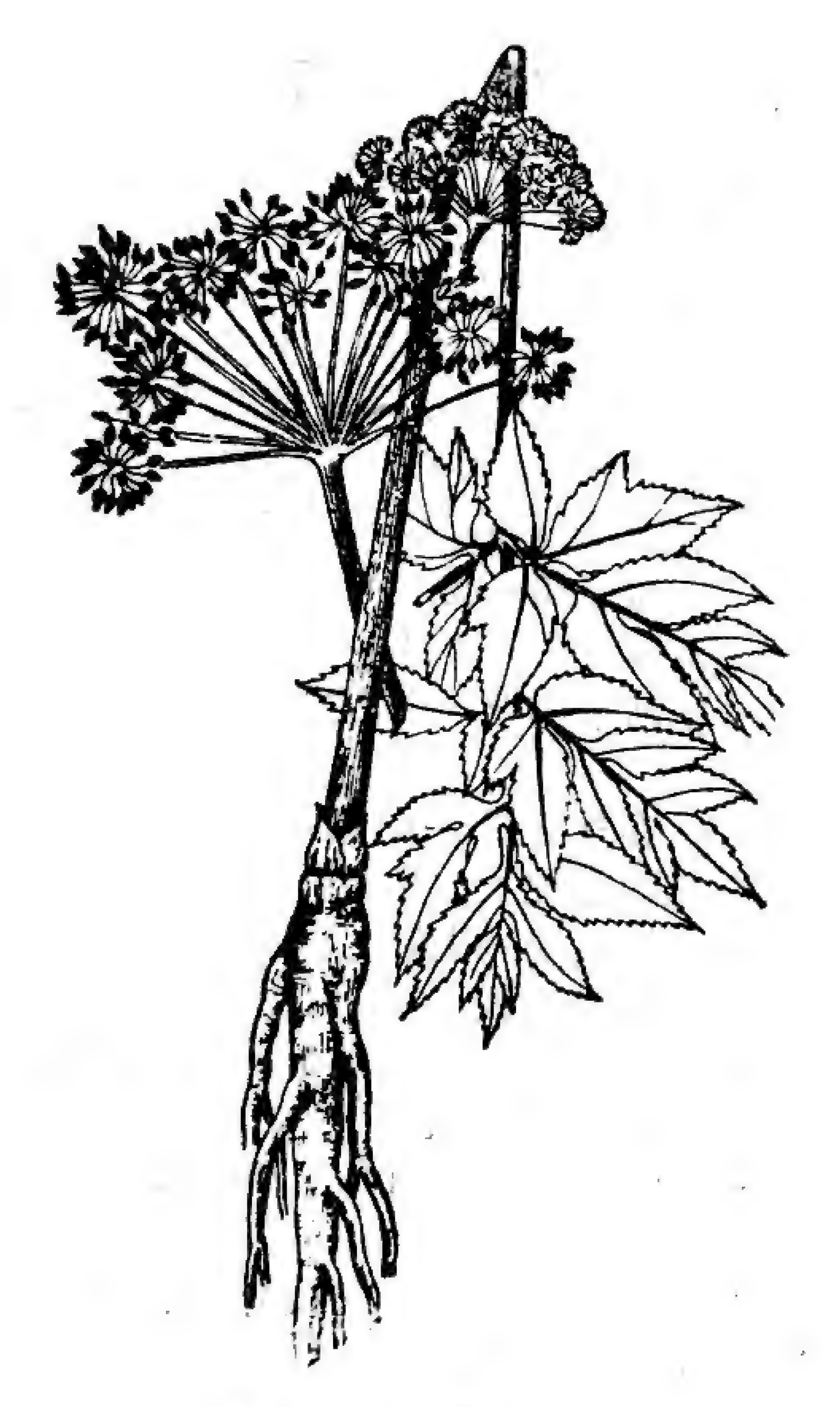


图 4—46　独活



柴　　胡

别名：立糟得（蒙名）。

原植物：繖形科植物柴胡。多年生草本。根黄褐色，长形圆锥体，不分歧或下部稍有分歧。茎单一或数株在一起，基部被有纤维状老叶柄残体，略成之字形弯曲并分枝，高20～50厘米。叶互生，叶片披针形。复繖形花序，繖梗4～11枚；花黄色。双悬果长圆形，褐色。花期7～8月，果期8～9月。

生于干燥草甸子或草原。遍布全省。

采制：春秋两季采根，去掉残茎及泥土，晒至半干，切碎，再晒至纯干，生用或醋炒用。

醋柴胡：将柴胡片加醋拌匀，用慢火炒至微黄，取出晾凉。每斤柴胡用醋3两。

应用：解表，散郁。治寒热往来、口苦咽干、胸胁疼痛、月经不调。量2～3钱。

1. 治高血压：柴胡3钱，夏枯草5钱，水煎，日服二次。

2. 治月经不调：柴胡3钱，当归5钱，白芍3钱，水煎，日服二次。

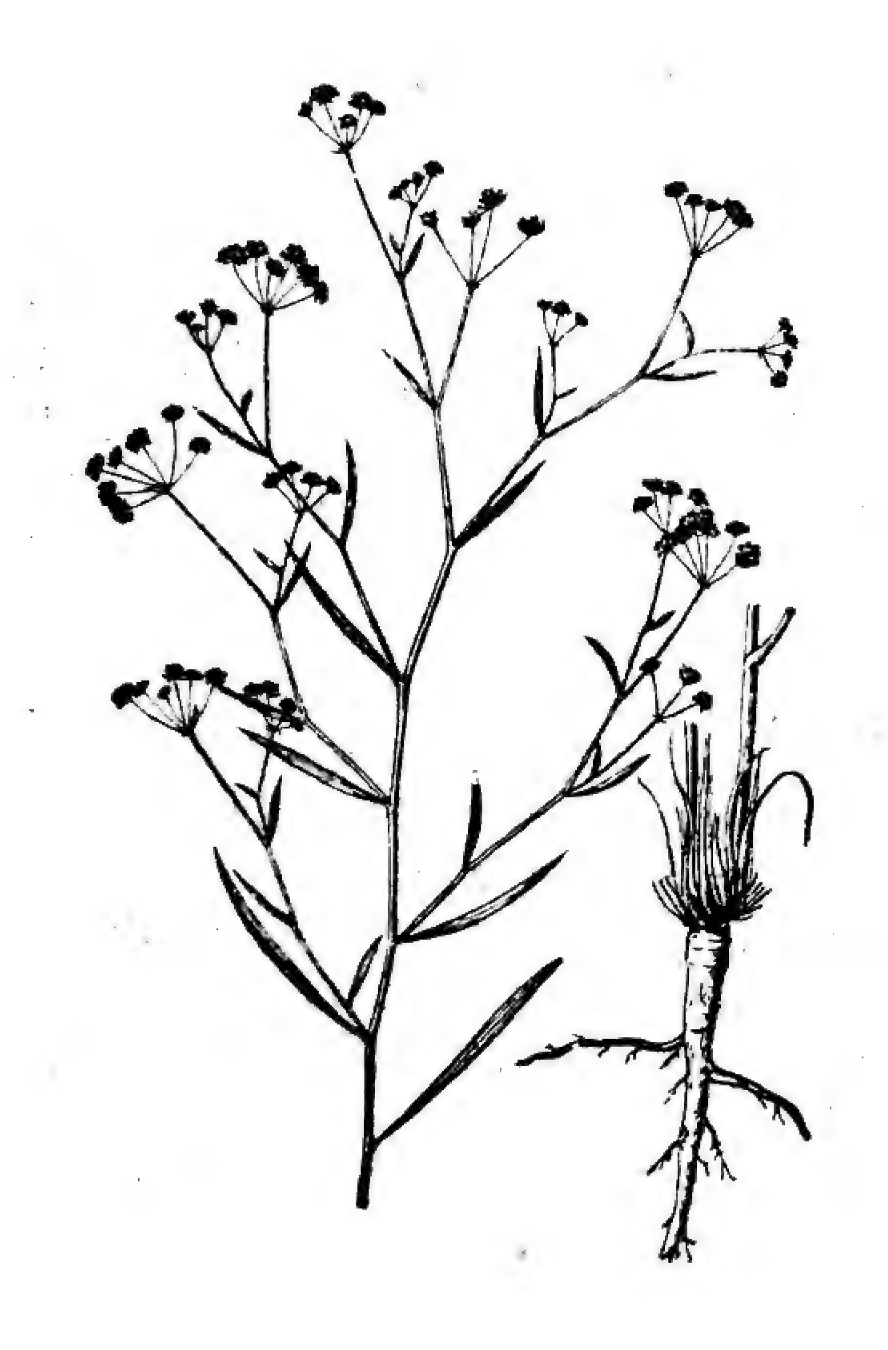


图 4 —47 柴胡

蛇 床 子

别名：野茴香、野红萝卜子。

原植物：繖形科植物蛇床。一年生草本。高30～80厘米。茎通常单生，直立，圆筒状，中空。叶互生，2～3回全裂，最终裂片线形或狭披针形。叶鞘显白色，基部膨大抱茎，繖形花序顶生与侧生，繖梗10～25条，花白色，双悬果椭圆形或广倒卵形，灰黄色或黄褐色，有香气。花期7月，果期8月。

生于田边、路旁、河岸或草地。遍布全省。

采制：8月采成熟果实，晒干，生用。

应用：祛风燥湿，杀虫止痒。治湿疹、皮肤瘙痒、阴痒。量1～3钱，外用适量。

1．治皮肤受风瘙痒：蛇床子5钱，艾叶3钱，每晚睡前煎水洗之。

2．治妇女阴痒：蛇床子1两，白矾2钱，水煎，趁热薰洗阴部。

3．治男子阴囊肿胀湿痒：蛇床子研末，用鸡蛋清调敷阴囊处。

4．治阴囊湿疹：蛇床子、苦参各等分，煎水薰洗，一日一次。

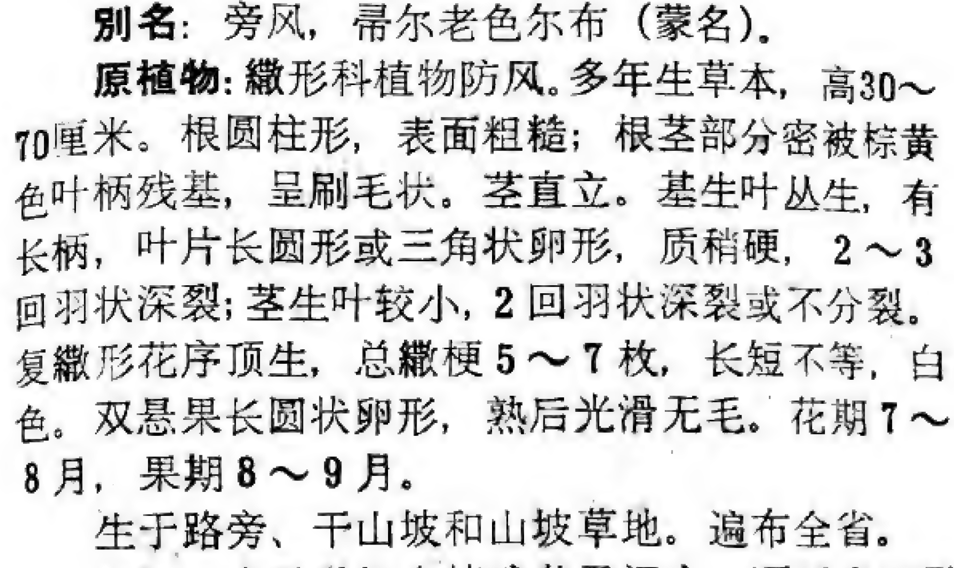


图 4—48　蛇床

防　　风

别名：旁风，帚尔老色尔布（蒙名）。

原植物：繖形科植物防风。多年生草本，高30～70厘米。根圆柱形，表面粗糙；根茎部分密被棕黄色叶柄残基，呈刷毛状。茎直立。基生叶丛生，有长柄，叶片长圆形或三角状卵形，质稍硬，2～3回羽状深裂；茎生叶较小，2回羽状深裂或不分裂。复繖形花序顶生，总繖梗5～7枚，长短不等，白色。双悬果长圆状卵形，熟后光滑无毛。花期7～8月，果期8～9月。

生于路旁、干山坡和山坡草地。遍布全省。

采制：春季采根去掉残茎及泥土，晒至半干再切成小片，晒至纯干，生用。

应用：发汗祛风，止痛解痒。治感冒头身疼痛、风湿性关节疼痛、皮肤病等。量1～3钱。

1．治感冒：防风3钱，葱白3个，生姜3片，水煎，取汗，日服二次。

2．治皮肤瘙痒、风疹：防风5钱，艾叶5钱，煎水洗。

图4—49　防风

映　山　红

原植物：杜鹃花科植物迎红杜鹃。灌木，高1～2米。树皮灰色，稍剥裂。小枝绿色，有腺鳞。单叶互生，叶长圆形或卵状披针形，叶面密生白色腺鳞。花淡紫色，1～3个生于去年枝顶端。蒴果，暗褐色。花期4～5月，果期6月。

生于高山上。产于通化及延边地区。

采制：夏季采叶，鲜用或阴干生用。

应用：解表，清肺，止咳。治感冒、头痛、咳嗽、支气管炎等。量1～5钱。

1．治感冒：映山红5钱，水煎，日服二次。

2．治咳嗽、喘息：映山红5钱，白酒1斤，浸泡五日，每次饮酒一盅，日服二次。

图4—50　迎红杜鹃

暴　马　子

别名：白丁香。

原植物：木犀科植物暴马丁香。灌木或小乔木，高6～8米。树皮暗灰褐色，有横纹。小枝灰褐色，有明显的椭圆形皮孔。芽小，卵圆形，紫褐色，先端疏被白纤毛。单叶对生，叶片卵形，先端渐尖，基部通常广楔形，全缘，有光泽。6～7月开白色小花，集成大形疏散圆锥花序。8～9月结长圆形蒴果。种子长圆形，周围有纸质的翅。

生于林缘、河岸，也见于混交林下。产于通化、延边及吉林地区各县。

采制：四季采树干，晒干备用。

应用：消炎，镇咳，利水。治痰喘咳嗽、心脏性浮肿。量3～6钱。

1. 治痰喘咳嗽（慢性支气管炎，哮喘）：取暴马子寸长切条水煮，频饮。

2. 治心脏性浮肿：暴马子1两，切碎水煎，日服二次。

图4—51 暴马丁香

龙胆草

别名：观音草，乌各缺（蒙名）。

原植物：龙胆科植物东北龙胆。多年生草本。绳状根，金黄色至黄白色，多数，长达30～50厘米以上。茎直立，单1或2～3个，高30～50厘米。多呈紫褐色。叶对生，无柄，卵形或卵状披针形。花无梗，束生于茎顶及上叶的叶腋，花冠筒状钟形，鲜蓝色或深蓝色。蒴果长圆形，含多数种子。花期9～10月，果期10月。

生于草甸、灌木丛、荒地、山坡林内及林缘地带。主产省内山区、半山区。

采制：春秋季挖根，去泥土及地上茎，切碎晒干生用。

应用：清肝泻火，除湿热。治火眼、肝热、黄疸、尿道涩痛。量1～3钱。

1. 治暴发火眼：龙胆3钱研末，每次三分，日服三次。

2. 治黄疸：龙胆3钱，茵陈5钱，水煎，日服二次。

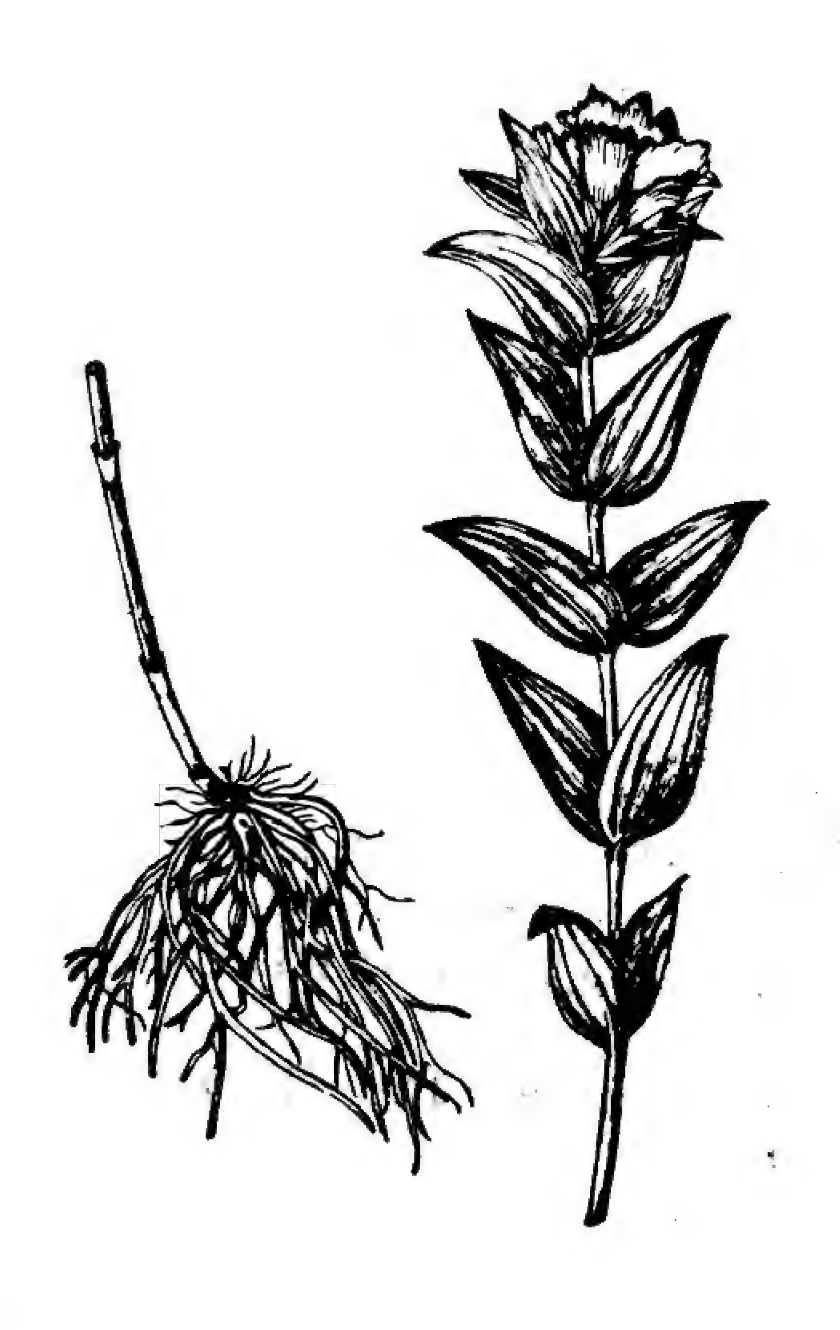


图 4—52　东北龙胆

菟　丝　子

别名：豆寄生、黄丝、无根草子，包尔吉律勃如（蒙名），塞沙姆（朝名）。

原植物：旋花科植物菟丝子。一年生寄生植物。茎蔓生，左旋，丝状，橙黄色，长可达1米，随处生吸器附着寄主。无叶。花多数，簇生为球形，花梗强壮，较茎为粗，花圆球形，白色。蒴果球形，种子2～4淡褐色。花期7～8月，果期8～10月。

寄生于草本植物上，尤以豆科、菊科、藜科植物为甚。常危害大豆，产于省内各地。

采制：秋季种子成熟时割下，搓出种子，晒干，生用。

应用：补肝肾，壮筋骨，明目。治肾虚遗精、遗尿、腰膝冷痛、肝虚目不明。量1～5钱。

1. 治遗尿、小便频数：菟丝子3钱，益智仁2钱，桑螵蛸2钱，水煎，日服二次。

2. 治习惯性流产：菟丝子5钱，杜仲8钱，黑大豆5钱，水煎加糖冲服，日服二次。

3. 治眼目不明：菟丝子1两，蝉蜕1两，共研细末，以猪肝切片，涂药末蒸熟，每次吃猪肝1两，日服2～3次。

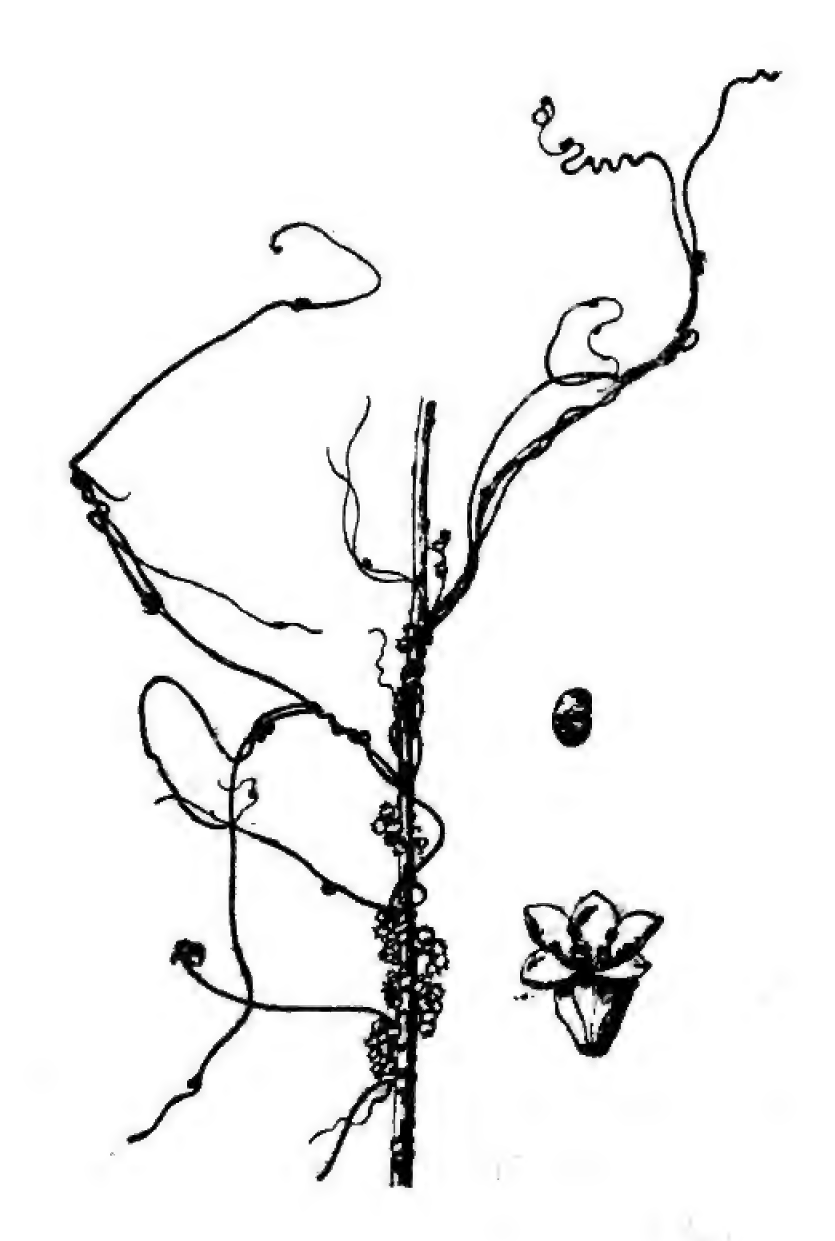


图4—53　菟丝子

紫　　草

别名：紫根、紫草子、紫丹，别力毛格(蒙名)。

原植物：紫草科植物紫草。多年生草本。全株粗糙，密被白色刚毛。根细长，圆柱形，暗红色。茎直立，高50～90厘米。叶互生，最下部叶鳞片状，中上部长圆状披针形。总状卷繖花序，6～8月开白花。8～9月结卵圆形小坚果。

生于干山坡、向阳石质地及灌丛中。产于通化、抚松、集安、延吉、敦化、蛟河、永吉、桦甸、舒兰、磐石、九台、梨树、净月潭等地。

采制：春秋季挖根，去净泥杂，晒干，生用。

应用：解毒透疹，凉血滑肠。治斑疹、便秘、尿血。量1～3钱。

1．预防麻疹：紫草3钱，甘草1钱，水煎，日服二次。

2．预防麻疹：紫草（1岁2钱，2岁4钱）水煎取汁，加白糖2钱，分二次，日服一次（如腹泻应停药）。

3．治烫火伤、冻伤、湿疹：紫草5钱，香油2两，以慢火熬半小时，去渣取油擦患处。

4．治小便淋闭、尿血、血痢：紫草研末，每次一钱，日服二次。



图 4—54 紫草

藿香

别名：猫把。

原植物：唇形科植物藿香。多年生草本。茎直立，四棱形，分枝。叶对生，有柄，卵形。花集生于茎顶，形成穗状花序。花冠淡紫色。小坚果三棱状长圆形，黑褐色。花期 8 月，果期 9 月。

生于山野及林缘。也有栽培。东部山区及半山区各县均有分布。

采制：6～8 月，割取全草，切碎晒干，生用。

应用：祛湿解暑，温胃止呕，行气止痛。治伤暑感冒、脾胃不和、胃腹冷痛。量 1～3 钱。

1. 预防伤暑：藿香、佩兰各等分，煎水饮之。

2. 治暑令感冒：鲜藿香叶、鲜薄荷叶、鲜紫苏叶各 3 钱，水煎，日服三次。

3. 治脾胃不和：藿香 3 钱，苍术 3 钱，甘草 2 钱，水煎，日服二次。



图4—55　藿香

金　钱　草

别名：连钱草。

原植物：唇形科植物长筒活血丹。多年生草本。根茎短，水平匍匐。茎细，有四棱，上升或直立，通常单一，基部带紫色。叶对生，叶柄较长，叶片肾状心形，圆状心形或心形。花腋生，2至数个，淡紫色。花期5月，果期6月。

生于阔叶林间，灌丛及河畔。产于山区、半山区。

采制：5～6月割地上全草，晒干，生用，并可随时采用鲜草。

应用：清热利尿，消炎解毒。治肺热咳嗽、肾及膀胱尿道结石、恶疮肿毒。量3钱～1两。

1. 治肺热、肺痈咳嗽：金钱草2两，甘草1两，用大麦煎汤浸泡1～2小时，去渣加蜂蜜5钱，当茶饮。

2. 治肾及膀胱结石：鲜金钱草1两，水煎，连服1～2月，逐日增量，增至6两为止。

3. 治肾及输尿管结石：金钱草3两，煎水冲蜂蜜，日服二次。

4. 治膀胱结石：金钱草2两，藕节2两，水煎，日服二次。

5. 治小儿夏季发热：金钱草一把，水煎，每2小时服5汤匙。

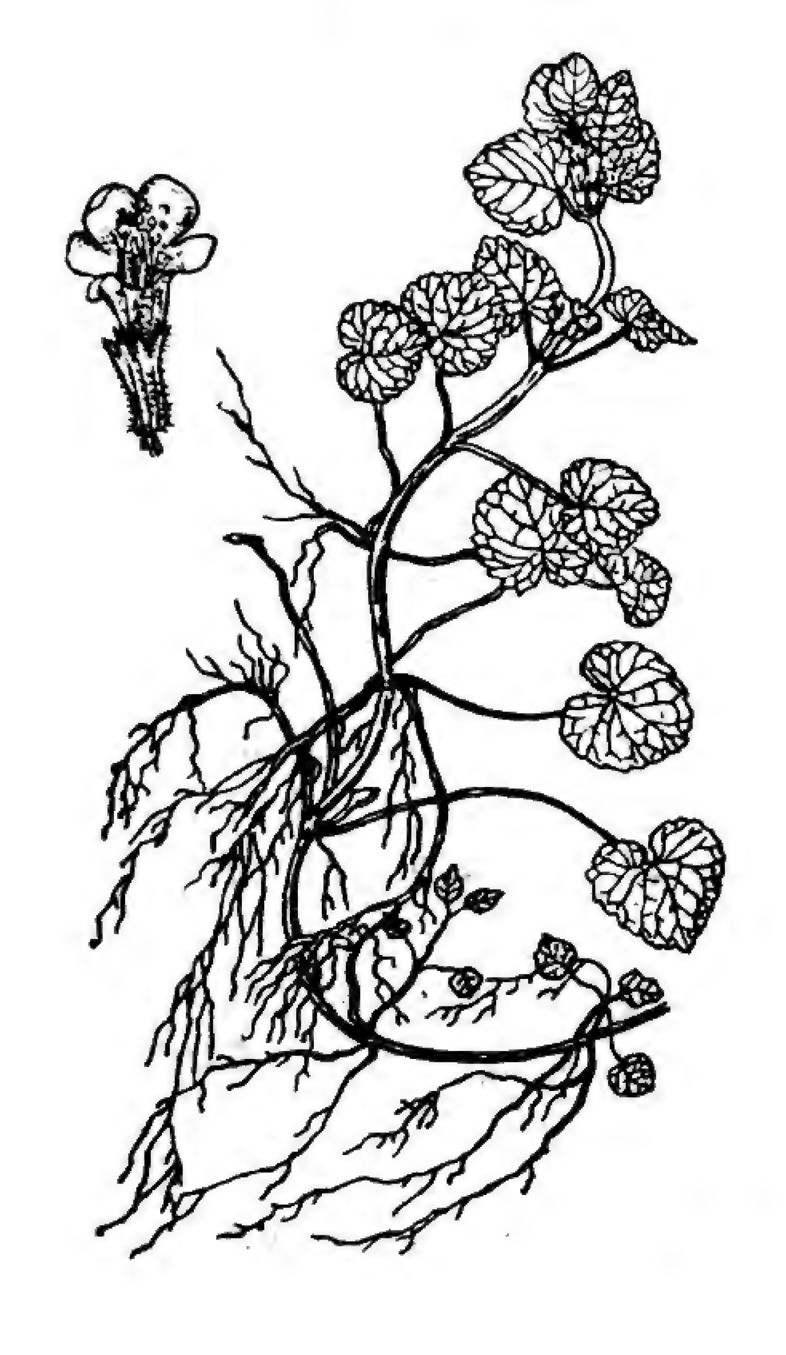


图 4—56　长筒活血丹

益　母　草

别名：坤草、茺蔚，希木梯克不如（蒙名）。

原植物：唇形科植物益母草。一年生或二年生草本。茎直立，四棱形，高达 1 米以上，通常上部分枝。叶对生，叶形不一。轮繖花序生于茎上部对生叶的腋间。花冠粉红色。小坚果褐色，三棱状。花期 7～8 月，果期 8～9 月。

生于荒野山地或路旁、山坡草地。遍布全省。

采制：7～8 月，割取全草，切断晒干，生用。

应用：祛瘀生新，调经利水。治月经不调、痛经、小便不利、产后宫缩痛。量 3 钱～1 两。

1. 治月经不调、痛经、产后腹痛：鲜益母草 1 斤煎浓汁一碗，加入红糖 1 两，均四次服。日服二次。

2. 治小便不利、水肿：鲜益母草 4 两，水煎，日服二次。

3. 治产后宫缩痛：益母草 1 两，桃仁 1 钱，炮姜 1 钱，甘草 1 钱，水煎，日服二次。

4. 治痢疾：鲜益母草 5 两，加水 2～3 斤，煎至 5 两，一次服之，日服二次。



图4—57　益母草

泽　　兰

别名：出米默刀各（蒙名）。

原植物：唇形科植物地瓜儿苗。多年生草本。高达1米，地下茎稍肥厚，白色。茎通常单一，四棱形，硬直，结节处微有毛。叶对生，有短柄，长圆状披针形或广披针形，近革质。花轮生于茎上部叶腋间，白色，四分果暗褐色，成三棱状楔形。花期7～9月，果期8～9月。

生于溪流沿岸的灌木丛间，或山野低湿地上，主产东部山区及中部半山区各县。

采制：6～7月割全草，切段晒干，生用。

应用：破瘀调经，行水逐湿。治月经不调、经闭、痛经、逆经、产后血瘀水肿。量1～3钱。

1. 治血虚经闭：泽兰6钱，卷柏1钱，熟地6钱，共研细末，蜜丸2钱重，每次1丸，米汤送下。日服二次。

2. 治痛经：泽兰5钱，延胡索4钱，香附3钱，水煎，日服二次。

3. 治逆经：泽兰1两，丹皮5钱，当归5钱，水煎，日服二次。

4. 治产后血虚浮肿：泽兰、防己各等分，共研末，每次1钱，温酒和醋汤调下。日服二次。



图 4—58 地瓜儿苗

薄　　荷

别名：吉如各巴（蒙名）。

原植物：唇形科植物薄荷。多年生草本，高40～60厘米。茎直立，四棱形；通常分枝，味芳香。叶对生，长圆状披针形，披针状椭圆形或披针形。花序轮生于茎上部叶腋间；花淡红紫色，4裂。小坚果暗褐色，长卵形。花期7～8月，果期8～9月

生山野间湿地。遍布全省。

采制：6～7月开花时，割地上全草，切碎，阴干，生用。

应用：散热，解表，通窍，利咽。治中暑、外感风热、鼻塞流涕、咽喉肿痛。量1～2钱。

1. 治中暑烦渴、头晕、小便赤涩：薄荷1钱，滑石2钱，甘草1钱，共研细末，每次1钱，日服二次。

2. 治风热咳嗽：薄荷3钱，杏仁2钱，桔梗1钱，水煎，日服二次。

3. 治偏头痛：薄荷1钱，菊花3钱，水煎，日服二次。



图 4—59 薄荷

夏 枯 草

别名：夏枯头，也尔嘎木沙（蒙名）。

原植物：唇形科植物夏枯草。多年生草本。茎直立，高15～40厘米，常数茎丛生，有白毛。根生叶丛生，茎生叶对生，广卵形或长圆状披针形。6～7月开深蓝紫色花，于茎顶部轮生，各轮靠近而成圆柱状花穗。7～8月结长圆形小坚果。

生于林缘、沟边、山坡及路旁。山区及半山区各县均产。

采制：6～7月采花穗，晒干，生用。

应用：消炎利尿，清肝散结，降血压。治乳痈、目赤肿痛、羞明流泪、瘰疬、瘿瘤、赤白带下、高血压病。量3钱～1两。

1．治目赤肿痛：夏枯草1两，白菊花1两，水煎，日服二次。

2．治青光眼：夏枯草2两，甘草4钱，香附2两为末，每次1钱，清茶水调服，日服二次，连续服用。

3．治淋巴结结核：夏枯草5两，水煎取浓汁，加适量蜂蜜搅匀成膏。每次3汤匙，日服二次。

4．治高血压：夏枯草4两，马兜铃1两，加水1斤半，用慢火煎至滚沸成深红色，滤过，每次半茶杯，日服二次。



图 4—60　夏枯草

黄　　芩

别名：黄芩茶，巴宝色尔钦（蒙名）。

原植物：唇形科植物黄芩。多年生草本。根圆柱形，肥厚，外皮暗褐色，内部黄色。茎直立，高15～35厘米，通常数茎丛生。单叶对生，卵状披针形。7～8月开蓝花，于茎顶部腋生，偏向一侧，构成侧偏性总状花序。8～9月结扁卵圆形黑色小坚果。生于草原、荒地、干山坡及河边柳丛中。

采制：春秋季挖根，去杂质，晒至2～3成干，用水板搓去老皮，4～5成干再搓，反复进行，至干燥而露出淡黄色嫩皮，切片，生用或酒炒用。

酒炒黄芩：将黄芩片放锅中，用黄酒（每斤黄芩用酒2两）拌匀，炒至黄酒吸尽为止。

应用：泻肺火，清湿热，解毒。治肺热咳嗽、高血压、热痢、黄水疮。量1～3钱。

1．治肺热咳嗽：黄芩、知母、贝母各3钱，水煎，日服二次。

2．治高血压：黄芩2钱，茺蔚子2钱，水煎，日服二次。

3．治妇女晚年下血：醋黄芩5钱，水煎，日服二次，连续服用。

4．治热痢、腹泻：黄芩3钱，白芍3钱，大枣5个，水煎，日服二次。



图4—61 黄芩

天 仙 子

别名：山大菸，除都格（蒙名）。

原植物：茄科植物莨菪。一年生草本。高30～50厘米，全株生软毛，散发特殊臭气。茎直立。叶互生，椭圆形，边缘有不整齐的粗锯齿。花腋生，单一，排列成穗状，通常偏于一侧；花冠漏斗形，淡黄色，有紫色网状纹。蒴果长卵形，包藏在宿存膨大的花萼内，成熟时上端周裂。种子多数，肾状四边形，淡黄棕色，表面具波状网纹。花期6～7月，果期7～8月。

生于人家附近的荒芜地上。遍布全省。

采制：秋季种子成熟时，打下晒干，生用。

应用：镇痛，解痉。治风火牙痛、咽喉肿痛、胃痉挛、狂犬咬伤。量1～3分。

1. 治风火牙痛：天仙子1钱，装烟袋内抽吸烟，但不要咽下唾液。

2. 治咽喉肿痛、瘰疬：天仙子3分，研细末，日服一次。

3. 治胃痉挛、神经痛、舞蹈病：天仙子研细末，每次2分，日服二次。

4. 治恶狗咬伤：天仙子7粒吞服，日服三次。



图4—62 莨菪

枸杞子　　附：地骨皮

别名：胖米升拔卡（蒙名），姑哥一扎纳木（朝名）。

原植物：茄科植物枸杞。蔓生灌木。茎枝带灰黄色，有纵棱。枝条细长，达4米，弧垂或匍匐，有短刺针。叶互生，或在枝的下半部有2～3叶丛生，叶片狭长，披针形。花腋生，通常3～5朵丛出，有时只有一花，淡紫色。浆果熟时鲜红色，卵形或长卵形。花期7～8月，果期9～10月。

生于沙质干燥平地或山坡。

采制：8～10月间，果实变红时摘下，立即晒干，生用。地骨皮春季或秋季采。挖根，及时剥下根皮，晒干，生用。

应用：补肾滋阴，润肺养肝，明目。治肾虚发热、遗尿、糖尿病、神经衰弱等。量3钱～1两。

地骨皮：清热止嗽。治肺热咳嗽，骨蒸劳热。量1～3钱。

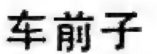
1．治肾虚遗尿：枸杞3钱，桑螵蛸5钱，益智仁3钱，水煎，日服二次。

2．治神经衰弱：枸杞子1两，芡实5钱，共研细末，每次2钱，日服二次。

3．治阴虚发热（结核热）：地骨皮3钱，水煎，日服二次。



图 4—63　枸杞



车前子　　　　附：車前草

别名：车轱辘菜，塔日马（蒙名），査真札（朝名）。

原植物：车前科植物车前。多年生草本。叶成丛，全部为根生，常平铺地面，有长柄，叶片椭圆状卵形。花茎数个由叶丛挺出，花淡绿色。蒴果，种子细小，长圆形，较扁平，成熟时棕黑色。花果期 6～8 月。

生于路旁及荒地。产于省内各地。

采制：秋季采成熟种子，簸净，晒干，生用或炒用，用时捣碎。

炒车前：将车前子炒熟。

车前草：6～8 月割全草，鲜用或晒干。

应用：清热利湿，通淋止泻，益精明目。治小便不利、腹泻、痢疾、目赤障翳。量 3 钱～1 两。

车前草：功效同车前子，兼祛痰。量 5 钱～1两。

1．治小便不通：车前子 1 两炒微黄，每隔 3～5 分钟嚼服少许，六小时内将 1 两车前子吃完。

2．治腹泻：鲜车前草 1 两，水煎，日服二次。

3．治赤白痢疾：车前子炒黄研细末，糖为引，每次一钱，日服三次。

4．治经漏：车前 1 斤（炒），每次用 5 大碗水煎，日服三次。

图 4—64 车前

茜 草

别名：娘娘拳、粘草，皂得（蒙名），告杜蛇尼（朝名）。

原植物：茜草科植物辽茜草。多年生草本，高60～90厘米。茎细弱，具四棱，攀缘他物上升，沿棱有倒向钩刺。叶有长柄，通常4叶轮生，有时多达10～12枚，叶片心形。花多数，集成圆锥状聚繖花序，腋生或顶生，花小形黄白色。浆果球形，熟时红色。花期7～8月，果熟期9月。

生于山林或草甸。遍布全省。

采制：秋季挖根，去净泥土，晒至半干切碎，再晒至纯干，生用或炒用。

炒茜草：切碎的茜草放锅内，用慢火炒焦，取出晾凉。

应用：消瘀通经，止血。治经闭、吐血、衄血、肠风下血。量1～3钱。

1. 治经闭：茜草根1两，煎汤黄酒为引，日服二次。

2. 治吐血、衄血：茜草根1两（炒），艾炭1两，乌梅肉5钱，共研末，炼蜜为丸1钱重，每次1丸，日服二或三次。

3. 治肠风下血：茜草1两，地榆4钱，水煎，日服二次。



图 4—65 辽茜草

接 骨 木

别名：马尿骚，这姆高儿木克（朝名）。

原植物：忍冬科植物接骨木。落叶灌木，高4～8米。树皮淡灰褐色。奇数羽状复叶，小叶5～7枚，长圆状卵形。花黄白色，5月开，于枝顶成圆锥状。8～9月结球形果实，熟时蓝紫色。

生于山坡灌丛或沙滩子上。产于长春、镇赉、农安、乾安等市县。

采制：6～7月采枝叶，晒干，生用。

应用：祛风，活血行瘀，止痛，利尿。治肾炎水肿、风湿性关节炎、跌打骨折等。量5钱～1两，外用适量。

1．预防麻疹：接骨木1两，水煎。日服二次。

2．治筋骨疼痛、跌打损伤、扭腰岔气及大骨节病：接骨木适量煎水熏洗。

3．治骨折：接骨木5钱，乳香1钱，川芎3钱，共研细末，黄腊为丸如大豆大，每次2钱，并用酒化贴患处。

4．治风湿性关节炎、痛风：接骨木4两，鲜豆腐4两，加水及黄酒燉服。



图 4—66 接骨木

党 参

别名：东党、吞土卜（蒙名）。

原植物：桔梗科植物党参。多年生草本。根圆柱形，长而稍粗，通常不分歧，顶端有一个较膨大的根头，有多数茎痕，表面淡灰棕色，粗糙，有粗直的皱纹，并有横皱纹及一些疣状突起。茎缠绕，往往带暗紫色。叶对生，有柄，叶片卵形或广卵形。花单一，黄绿色带紫堇色。蒴果圆锥形，顶端稍平，成熟时瓣裂。种子小，褐色。花期 8～9 月，果期 9～10月。

生于山地灌丛、溪流旁的树荫下。主产东部山区各县。

采制：春、秋两季采根，去净残茎及泥土，晒至半干，切片，再晒至纯干，生用。

应用：补气补血，益脾生津。治老年气血虚弱、脱肛、脾虚泄泻。量 3 钱～1 两。

1．治年老气虚：党参 5 两，洗净蒸熟，每饭前嚼食 4 钱，日服二次。

2．治脱肛：党参 3 钱，甘草 1 钱，当归 3 钱，水煎，日服二次。

3．治慢性肾炎：党参 4 钱，黄芪 3 钱，玉米须 3 钱，旱莲草 3 钱，水煎，日服二次。

参考：反藜芦。



图 4—67　党参

桔　梗

别名：包袱花、明叶菜、苦桔梗，道拉基（朝名），苏格拉（蒙古）。

原植物：桔梗科植物桔梗。多年生草本。高50～100厘米。根圆锥形，少分枝，淡黄褐色。茎单一或上部有分枝。单叶互生，有时3～4片轮生，卵状乃至狭卵状披针形。顶生1～数花，鲜蓝色。蒴果椭圆状倒卵形，熟时顶部5裂。花期8～9月，果期9～10月。

生于向阳干山坡、草地、草原等处。遍布全省。

采制：秋季挖根，除去残茎，剥去外皮，晒至半干时，切片，再晒干生用。

应用：宣肺祛痰，止咳定喘，清咽利膈，消肿排脓。治外感咳嗽喘促、咽喉肿痛、痞满气逆、胸胁刺痛、肺痈咳吐脓血。量1～5钱。

1．治感冒咳嗽：桔梗5钱，苏叶5钱，水煎，日服二次。

2．治痰咳喘急：桔梗1两半，水煎，日服二次。

3．治咽痛喉痹、扁桃体炎：桔梗2两，水煎，日服二次。

4．治肺痈、咳吐脓血如粥状腥臭：桔梗1两，甘草2两，水煎，日服二次。



图 4—68　桔梗

牛　蒡　子

别名：大力子、恶实、鼠粘子、老母猪耳朵，吉松（蒙名），屋翁（朝名）。

原植物：菊科植物牛蒡。二年生草本，高 1～2 米。茎直立，粗壮，带紫色，多分枝。根出叶丛生，叶柄长而强壮，有毛，叶片甚大，长卵形或广卵形；茎生叶互生，广卵形，上部的叶逐渐变小。头状花序多数，于茎顶簇生或排列成繖房状。总苞刚硬，先端成长针状，在针的末端内曲成钩。花两性，均为管形，红紫色。瘦果长倒卵形或长圆形，灰褐色至灰黑色，有暗色斑点。花果期 7～9 月。

生于山路旁、沟边、山麓向阳草地。

采制：秋季采成熟果实，去掉杂质，晒干，生用或炒用。用时捣碎。炒牛蒡子：将牛蒡子放锅内炒熟。

应用：疏风散热，宣肺透疹，解毒消肿。治风热咳嗽、头痛、咽喉肿痛、斑疹不透、痈肿疮毒。量 1～3 钱。

1．治麻疹出不透：牛蒡子 3 分，柽柳 5 分，芦根 1 钱，水煎，频饮。

2．治感冒：牛蒡子 3 钱，薄荷 2 钱，水煎，日服二次。

3．治扁桃体炎：牛蒡子 3 钱，射干 3 钱，水煎，日服二次。



图4—69 牛蒡

青　蒿

别名：梨蒿，普如芒（蒙名），打布树（朝名）。

原植物：菊科植物黄花蒿。一年生草本。茎直立，高达1.5米，有条棱。根生叶花期枯萎；茎中部叶稍抱茎，卵形，3次羽状细裂，裂片长圆形。头状花序球形，通常下垂。瘦果长圆形。花果期8～10月。

喜生于石砾质河岸或山野路边。遍布全省各地。

采制：7～8月采全草，晒干，切段生用，或随时采鲜草用。

应用：清暑泻热，理痨治疟。治暑热温毒，骨蒸盗汗，疟疾。量3～5钱。

1．治温热病久热不退：青蒿3钱，薄荷1钱，煎汤代茶饮用。

2．治疟疾：青蒿研末，每日用1钱，发疟前4小时服用，连服五日，每日一次。也可用鲜青蒿捣汁，用法同上。



图 4—70 黄花蒿

艾 叶

别名：纳洞纳各、卜如各老（蒙名）。

原植物：菊科植物艾蒿。多年生草本，高0.4～1米。茎直立。单叶互生，羽状分裂，裂片具大牙齿或羽状缺刻，茎下部叶较大，花期枯萎；中上部茎叶较小；茎顶部叶披针形。头状花序多数，于茎上部排裂成大圆锥花序；花为管状，紫红色，无冠毛。瘦果长圆形。花期8～9月，果期9月。

生于撂荒地、荒地、路边及山野稍肥沃处。产于全省各县。

采制：6～7月采叶，晒干生用或炒炭用，制作艾绒做灸料。

艾炭：将艾叶用醋（每斤艾叶用醋3两）喷润，用强火炒至焦黑，取出闷一闷，再晒干。

艾绒：将艾叶碾碎成绒絮状。

应用：温经止血，散寒止痛。治月经不调、崩漏带下。量1～3钱。

1. 治崩漏：艾叶炭1两，地榆1钱，用醋煎，日服二次。

2. 治血崩：艾叶炭1钱，研末，用米汤冲服，日服二次。

3. 治皮肤瘙痒：艾叶、防风各等分，煎水熏洗。

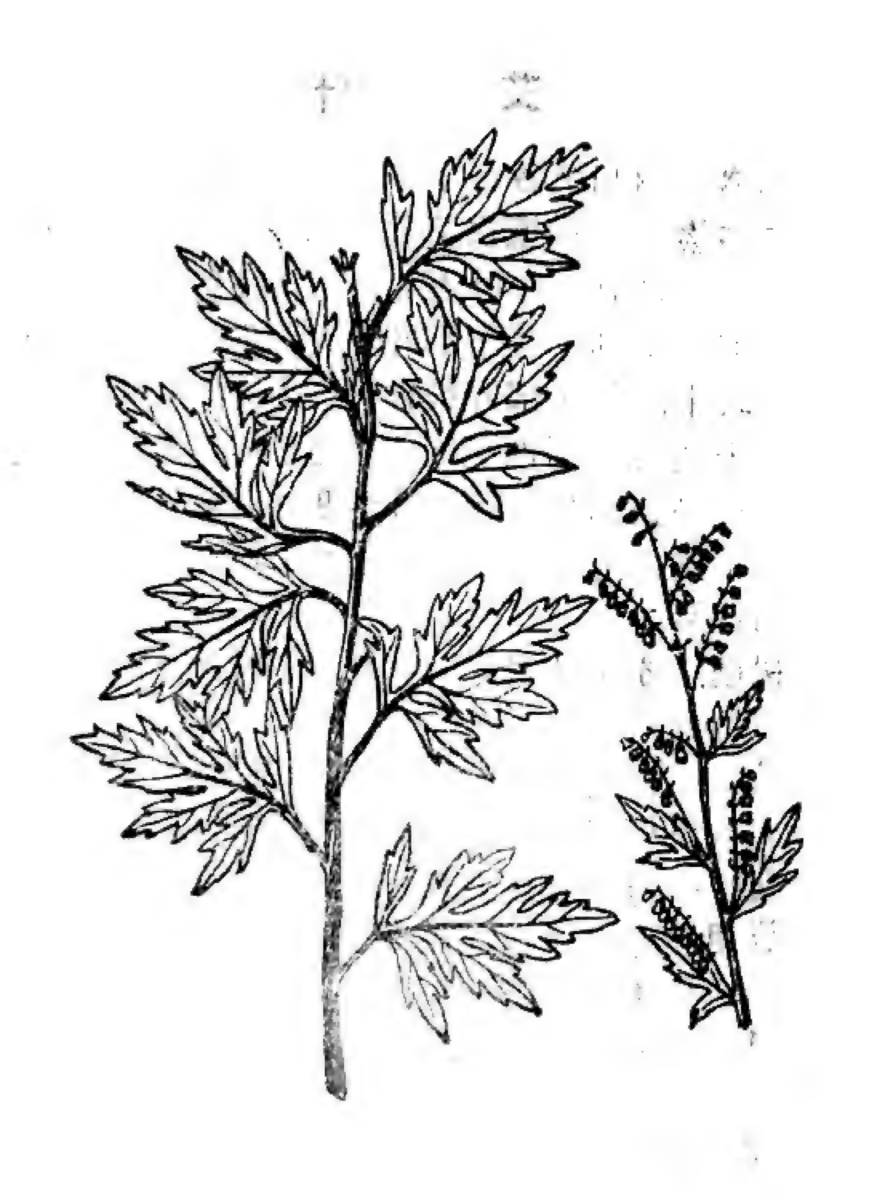


图4—71 艾蒿

茵 陈 蒿

别名：小白蒿，阿各弄（蒙古）。

原植物：菊科植物东北茵陈蒿。二年生草本。茎直立，高60～90厘米，暗紫色，有条纹。叶2～3次羽状深裂，裂片线形或细毛状。顶部叶和花枝上的叶较小，为1～2次羽状全裂。头状花序卵形，于茎上部排列成大圆锥花序。8～9月开花，9～10月结倒卵状瘦果。

生于田间路旁，荒地，沟边及岗地。遍布全省。

采制：4～5月采幼苗，晒干生用。

应用：清热利尿，去湿退黄。治身热黄疸，小便不利，浸淫湿疮。量2钱～1两。

1．治黄疸：茵陈蒿8钱，生山栀3钱，生大黄1钱半，水煎，日服二次。

2．治湿热发黄：茵陈蒿3两，大枣20个，水煎，每服2酒杯，吃枣10个，日服二次。

3．治疗传染性肝炎：茵陈蒿1两，水煎，日服三次。

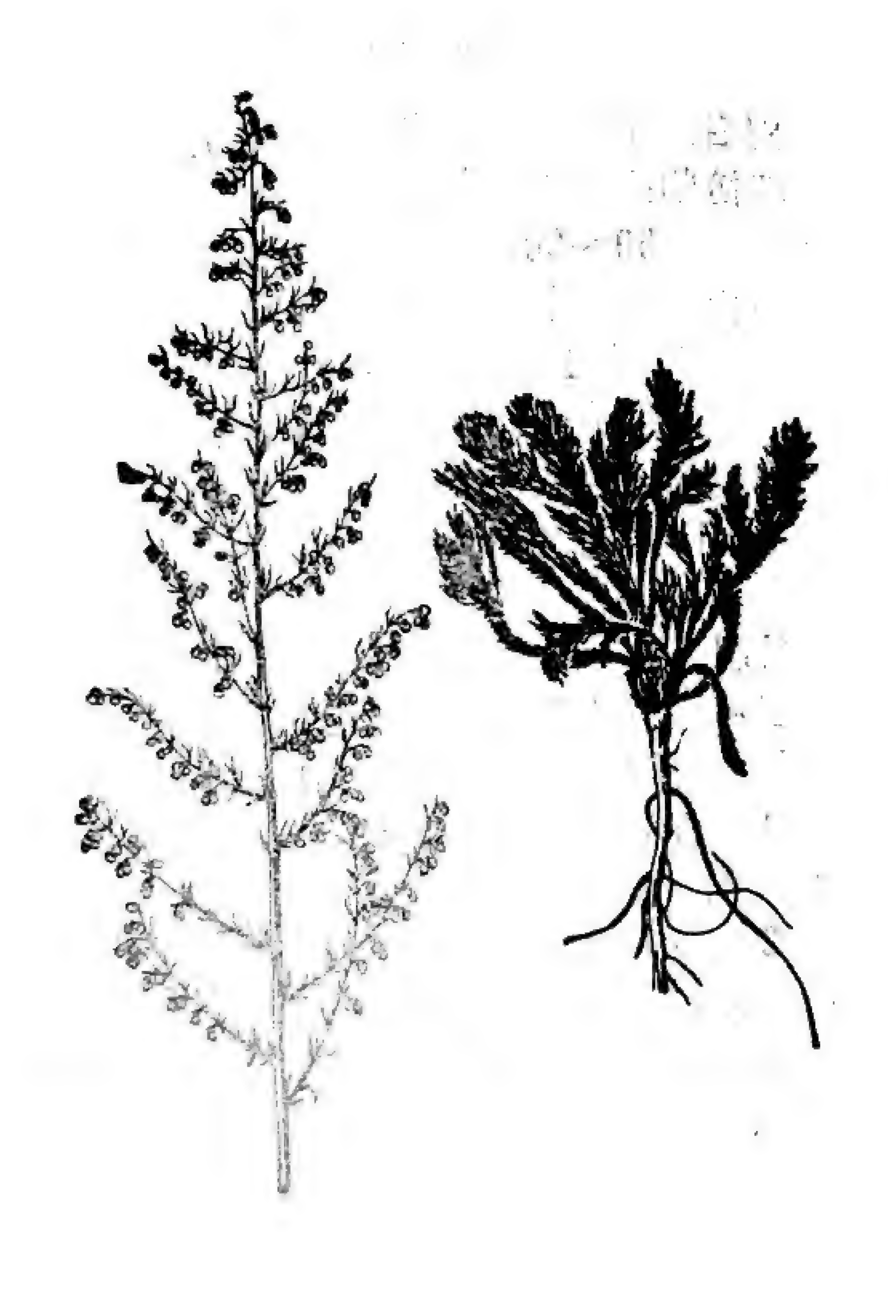


图4—72 东北茵陈蒿

苍 术

别名：枪头菜，奥呐别（蒙名）。

原植物：菊科植物关苍术。多年生草本，高达70厘米。根茎匍匐，肥大成结节状。茎单一，上部分枝。下叶3～5羽裂，侧裂片长圆形，倒卵形，或椭圆形；顶裂片比侧裂片大。上叶3出。头状花序生于茎梢顶端，花全部为管状，白色。瘦果长形，冠毛淡灰褐色，羽状。花期8～9月，果期9～10月。

喜生于柞木林的干山坡、灌丛及林缘地带，本种为柞树林内特有的伴生植物。主产山区及半山区各县。

采制：春、秋两季挖根茎，晒至7成干时，用木棒打掉须根，再切片晒干，生用或炒用。

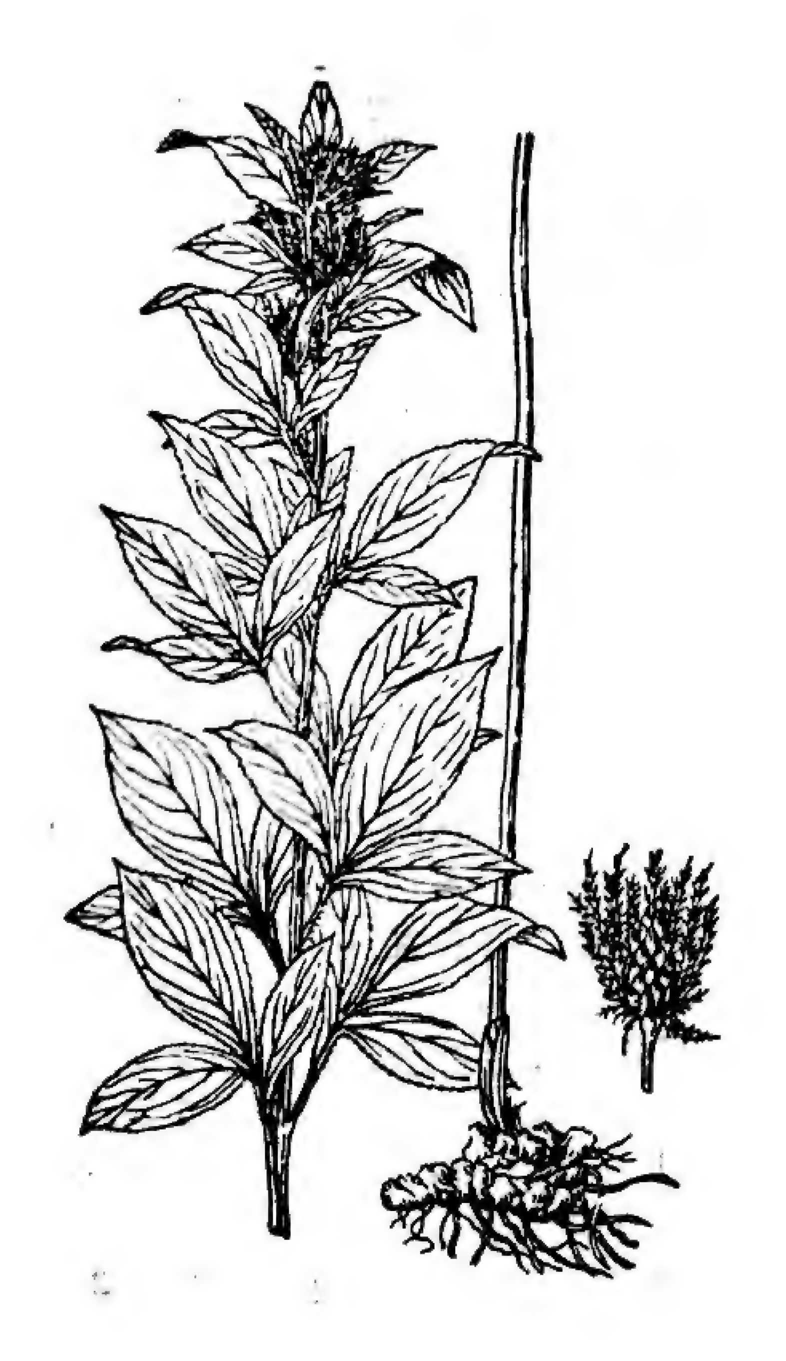
炒苍术：将苍术片放锅内，用慢火炒至微黄，取出晾凉。

应用：燥湿健脾，止泻，开郁。治寒湿吐泻、水肿腹胀、风湿痹痛。量3～5钱。

1. 治寒泻肠鸣腹痛：苍术3钱，干姜3钱，水煎，日服二次。

2. 治腹胀：苍术4钱，甘草2钱，水煎，日服二次。

3. 治夜盲症：苍术3钱，鸡肝一具，放在一起煮熟，吃鸡肝。


图 4—73　关苍术

大　　蓟

别名：刺儿菜、老牛锉，悬恩更亏（朝名），章斯尔钦布（蒙名）。

原植物：菊科植物大蓟。多年生草本。高可达1米。茎有棱，直立，上部多分枝，有蛛丝状毛。叶互生，具短柄，叶片长圆状披针形，或长圆形，边缘具缺刻状犬牙齿，下部叶缘为羽状缺刻，上部叶具全缘头状花序多数，生于细长花梗上，形成繖房花序。花紫红色，为管状花。瘦果扁压，有四棱，冠毛羽状毛，较花冠长。花期6～8月，果期8～9月。

生于路旁、河岸等地。遍布全省。

采制：7～8月采地上全草，切碎鲜用或晒干生用。

应用：凉血止血，解毒消痈。治吐血、衄血、尿血、黄疸、痢疾。量3钱～1两。

1. 治吐血尿血：鲜大蓟取汁，每次服半茶杯，日服二次。

2. 治吐血、衄血、崩漏：鲜大蓟1两，水煎，日服二次。

3. 治黄疸：鲜大蓟根1两，水煎，日服二次。

4. 治痢疾：鲜大蓟1把捣烂，加糖1两用滚开水冲，一次服下。



图 4—74　大蓟

漏　　芦

别名：针尔姑代（朝名）。

原植物：菊科植物祁州漏芦。多年生草本。高30～60厘米。茎直立，单一，密生蛛丝状毛及短柔毛。根生叶大形，有长柄，羽状深裂及具不整齐裂齿，裂片再为羽状分裂，叶柄下部密被白绵毛。头状花序大形，单生于茎端，总苞广钟形，苞片多列，干膜质。瘦果光滑。花期5～6月，果期6～7月。

生于干燥山坡及向阳地。主产白城地区。

采制：春秋季将根挖出，除去泥土及残茎，晒至半干，切片，再晒至纯干，生用。

应用：清热解毒，消肿行瘀。治痈疮、乳闭、闪腰岔气。量1～3钱。

1. 治痈疮初起：漏芦3钱，大黄2钱，水煎，日服二次。

2. 治乳汁不下：漏芦3钱，栝蒌3钱，蒲公英5钱，水煎，日服二次。

3. 治乳汁不通：漏芦3钱，丹参3钱，煎水沃鸡蛋吃，每次三个。

4. 治跌打损伤，扭腰岔气：漏芦5钱，煎汁加红糖3钱，分二次服，日服二次。



图4—75 祁州漏芦

旋 复 花

别名：金沸草、金佛草，哈故（朝名），哈用各色木角（蒙名）。

原植物：菊科植物旋复花。多年生草本。茎直立，高35～70厘米，通常上部分枝。单叶互生，披针形或长圆状披针形，先端渐尖，基部半抱茎，两面疏生伏柔毛，头状花序生于枝端，构成繖房状大花序；花黄色，冠毛与管状花近等长。瘦果。花期8～9月，果期9～10月。

生于湿草地、道旁沟边等处。遍布全省各县。

采制：8～9月采花，阴干，生用。

应用：消痰行气。治痰咳气逆、胸胁胀满。量1～3钱。

1．治咳嗽气逆：旋复花3钱，前胡2钱，半夏2钱，水煎，日服二次。

2．治胸胁满闷嗳气不舒：旋复花3钱，代赭石5钱，水煎，日服二次。

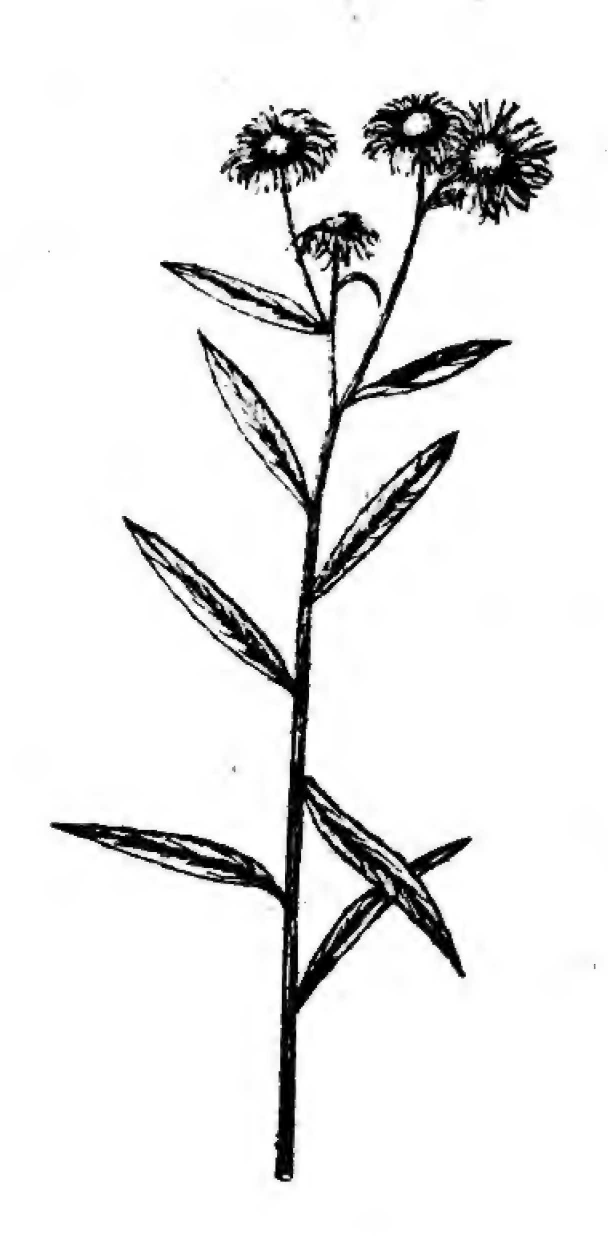


图 4—76 旋复花

鸦 葱

别名：羊奶子。

原植物：菊科植物华北鸦葱。多年生草本，体内含乳汁。主根粗壮，茎直立，高50～100厘米，被蛛丝状毛。单叶互生，狭披针状线形，长10～30厘米。7～8月开黄花，于茎顶聚成繖房状复花序。8～9月结线状瘦果。

生于林缘、草地、山路边及村庄附近。主产山区及半山区各县。

采制：春夏秋三季挖根，鲜用或晒干生用。

应用：清热解毒。治疗毒恶疮、乳痈等。量3～5钱。

治疗疮及乳痈：鲜鸦葱根适量捣成泥状，敷患处。



图 4—77 华北鸦葱

苣荬菜

别名：取麻菜，章色尔冲欧(蒙古)，协土利(朝名)。

原植物：菊科植物苣荬菜，多年生草本。根茎细长，于地中横走。头状花序 2～4 厘米，多为 2～8 个，于茎顶排成繖房状花序。7～9 月开黄花，8～10月结长圆而稍扁平的瘦果。

多生于田野、路边、荒地及荒山。遍布全省。

采制：夏季开花时，采地上全草，鲜用或晒干切段生用。

应用：凉血，止血，解毒。治肺热咳血、便血、尿血、血崩。量 3 钱～1 两。

1. 治吐血，尿血：鲜苣荬菜适量，捣烂绞汁，每次半茶杯，日服三次。

2. 治痈疮肿毒：苣荬菜 1 两，水煎，日服二次。

3. 治吐血：苣荬菜 1 两，生地 1 两，水煎，日服二次。



图 4—78 苣荬菜

蒲 公 英

别名：婆婆丁，民的烈(朝名)，库尔芒(蒙名)。

原植物：菊科植物蒲公英。多年生草本。全体含白色乳汁。圆锥根肥厚。无明显茎，仅有花葶。叶全部根生，形成莲座状。线状披针形，倒披针形或匙形，为大头羽状分裂，边缘疏具不整齐倒锯齿状裂片。花葶比叶片短或等长，花后伸长，中空，带紫红色。头状花序较大，单生于花葶端。花黄色，全部为舌状花。瘦果倒披针形，暗褐色。花期 5～6 月，果期 6～7 月。

生于原野、宅旁、路边、沟沿。遍布全省。

采制：春夏秋三季均可采。挖取带根全草，晒干，生用，也可鲜用。

应用：清热解毒，消痈散结。治痈疮肿毒、热淋、痢疾。量 3 钱～1 两，鲜用 2 两，外用适量。

1．治痈疽发背破溃：蒲公英 1 两，水煎，黄酒为引，日服二次。并用鲜蒲公英捣烂敷患处。

2．治乳痈：鲜蒲公英 3 两，水煎，日服二次。另取鲜蒲公英根加白矾少许，捣烂，敷患处。

3．治目赤肿痛：鲜蒲公英 4 两，水煎，日服三次。

4．治赤白痢疾：蒲公英适量加糖水煎，日服二次。

图 4—79 蒲公英

苍 耳 子

别名：老苍子、苍子，那宝马（蒙名），捣高麻列（朝名）。

原植物：菊科植物苍耳。一年生草本。茎直立，高40～90厘米。单叶互生，广卵状或近三角形，边缘3～5浅裂。头状花序生于枝顶，花单性，雌雄同株，雄花序半球形，雌花序生于雄花序下方，有坚硬壶状总苞。9月果实成熟，总苞木质化，包住瘦果。瘦果倒卵形。

生于田野、路边及村庄附近。遍布全省。

采制：秋采果实，晒干，生用或炒用。夏采全草，鲜用或晒干。

炒苍耳子：将苍耳用微火炒至深黄色，取出晾凉，用碾串掉刺，簸净。

应用：发表解热，通窍去湿。治头痛、鼻塞、流鼻涕、风湿痹痛、疮疥瘙痒。量1～3钱。

1．治偏头痛、耳聋：苍耳子3钱，水煎，日服二次。

2．治慢性鼻炎：苍耳子3钱，葱白5钱，先将苍耳子煎浓汁，候冷，再将葱白捣汁混入，用药棉蘸药汁塞鼻孔中，1～2小时换一次。

3．治皮肤瘙痒：鲜苍耳草1斤，煎水洗。



图 4—80 苍耳

紫　　苑

别名：夹板菜、小辫，该区味（朝名）。

原植物：菊科植物紫苑。多年生草本，高1～1.5米。根茎短，簇生多数细根。茎直立，根生叶丛生，花期脱落，叶片篦状长椭圆形至椭圆状披针形；茎生叶互生几无柄，叶片狭长椭圆形或披针形。头状花序多数，繖房状排列，总苞半球形，苞片3列，舌状花带蓝紫色，单性。瘦果扁平。果期9～10月。

产于山地或河边草地或路旁，遍布全省。

采制：春秋季挖根，洗净，晒干，生用或蜜炙用。

炙紫苑：将蜂蜜（每斤紫苑用蜜3两），加1/3的水熬开，将紫苑切碎放锅中拌炒，待蜜被吸尽，不粘手时，取出晾凉。

应用：温肺下气，祛痰止咳。治感冒风寒咳嗽及久咳。量1～3钱。

1. 治感冒咳嗽：紫苑3钱，苏叶2钱，杏仁2钱，水煎，日服二次。

2. 治风寒咳嗽：紫苑5钱，百部2钱，共研细末，每次1钱，日服二次。

参考：目前我省中药用紫苑系橐吾属多种植物的根部，本种虽分布很广，但一直没有利用，其实二类紫苑同等人药。



图 4—81　紫苑

败　　酱

别名：鸭子食、苦麻子，该泻吐利（朝名）。

原植物：菊科植物苦菜。多年生草本。高15～35厘米，全草含乳汁。根淡褐色，常有细长圆柱形，横生根茎。基生叶丛生，长披针形。茎生叶、互生。5～8月开白色、淡黄色或淡紫色花，头状花序6～10余个。瘦果狭披针形。

生于田野、路旁、荒地、草原等处。产于各地。

采制：夏季采全草，晒干生用。

应用：清热解毒消炎。治肠痈、肺热咳嗽、黄水疮。量3钱～1两。

1．治肠痈（阑尾炎）：败酱5钱，薏米1两，附子2钱，水煎，日服二次。

2．治肺热咳嗽：败酱5两研末，蜜丸2钱重，每次1丸，日服二次。

3．治黄水疮：败酱研末，香油调涂。

4．治痔疮：败酱切碎，煎水熏洗。

5．治肺结核：败酱晒干研末，用纸卷起，当烟抽吸，连续用。



图4—82　苦菜

蒲　　黄

别名：蒲棒，苏色尔默得哥（蒙名），卜东麦（朝名）。

原植物：香蒲科植物香蒲，多年生草本。根茎白色，长而横走泥中，由各节生出许多须根。茎圆柱形，单一，直立，质硬而不中空，高约1～2米。叶厚，光滑，为狭长的广线形，长达1米余，下部成长鞘而抱茎。花序圆柱状，顶生，雌雄花穗相接，雄花生于上部，雌花穗接于其下。花小，单性，花粉黄色。果穗圆柱形。花期6～7月，果期7～8月。

群生于池沿内。遍布全省。

采制：6月采雄花，晒干后，搓取花粉，筛去杂质，再行晾好，生用或炒炭用。

蒲黄炭：将蒲黄粉用强火炒至焦黑，喷水灭火星，放铁筒中闷48小时，取出晾干。

应用：活血，凉血，消瘀，止痛。治吐血、痛经、崩漏、心腹刺痛。量1～3钱。

1. 治吐血：蒲黄炭5钱，汉三七2钱，血余炭5分，共研细末，每次1钱半，日服二次。

2. 治痛经及产后血瘀腹痛：蒲黄、蒲黄炭、五灵脂各等分共研细末，每次1钱，日服二次。

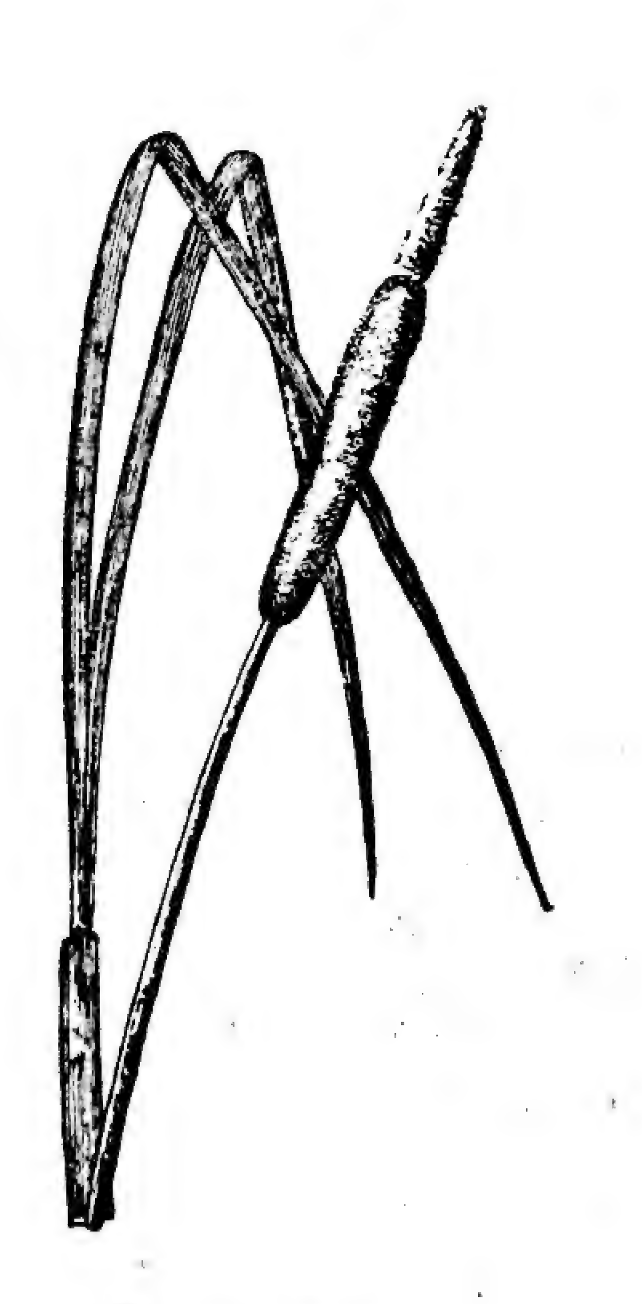


图 4—83 香蒲

芦　　根

别名：苇子、苇芦子，达木沙（蒙名）。

原植物：禾本科植物芦苇。多年生草本。根茎横走，粗壮。秆高 1～3 米。叶鞘长于节间，无毛或有细毛；叶片平展，长20～45厘米，两面平滑。圆锥花序，长10～30厘米，小穗狭披针形，紫色至黑紫色。花期 7～8 月，果期 8～9 月。

生于沼泽、水边湿地，常成大片纯群，也散生于原野路旁沙质地。全省各地皆产。

采制：春秋挖出根茎，去净须根和泥土，晾干生用，或鲜用。

应用：表疹，清热，止呕，止咳。治疹出不畅、胃热呕吐、妊娠呕吐、肺热咳嗽。量 5 钱～1 两。

1．治疹出不畅：芦根 5 钱熬水，日服二次。

2．治胃热呕吐：鲜芦根 2 两，水煎，频饮。

3．治吃病畜肉中毒：鲜芦根 4 两，水煎，频服，每次一茶杯。



图4—84　芦苇

薏　苡　仁

原植物：禾本科植物薏苡。栽培植物，其种仁入药。

采制：秋季果实成熟，割全株，晒干，打下果实，碾去外壳，加糠末共捣，以除去果皮及种皮，筛净，收集种仁。

炒薏米：取拣净薏米，置锅内炒至微黄色即成。

应用：利水除湿，清热排脓，健脾止泻。治水肿、热淋、关节不利、肺痈、脾虚泄泻。量3钱～1两。

1．治脾虚泄泻：薏苡仁1两，莲肉5钱，苍术3钱，水煎，日服二次。

2．治水肿喘急：薏苡仁3两，郁李仁1两，郁李仁煎汤，用汤把薏苡仁做成饭吃，每日一次。

3．治热淋、沙淋：薏苡仁1两，水煎频饮，连续服用。

玉 米 须

原植物：禾本科植物玉蜀黍。我国各地广泛栽培的农作物，通称玉米或苞米。果实、花柱及柱头（即玉米须）均入药，可于夏秋季随用随取。

应用：消炎利水。治消渴水肿、乳痈、便血。量5钱～1两。

1. 治消渴（饮水无度、尿频、饥饿、消瘦）：玉米须2两，水煎，日服二次。重症可用3～8两。

2. 治水肿（肾炎）：玉米须2～3两水煎，日服二次。可连服10～30天。

3. 治水肿：玉米须1两，白茅根1两，水煎，日服二次。

4. 治乳痈：玉米面1两焙黄，用水调成糊状贴患处。

5. 大便下血：玉米烧炭研末，黄酒冲服，每次五钱，日服二次。

菖 蒲

别名：臭蒲根子，苏达嘎拉步（蒙名）。

原植物：天南星科植物菖蒲。多年生草本，高50～70厘米，全草有香气。根茎粗长，横卧地中，多节，生须根。叶出自根茎，直立丛生，长剑形。花茎似叶，但比叶狭细。肉穗花序柱状，淡绿色，生于花茎的一侧；花两性，淡褐色。花果期5～7月。

生于水边、泽地或浅水中，遍布全省。

采制：春秋两季采根茎，除去叶及须根，洗净晒干，生用。

应用：芳香通窍，和中辟浊。治神昏、耳鸣、健忘、胸腹胀闷、湿滞气塞。量8分～1钱。外用适量。

1. 治阴部湿疮：菖蒲适量，水煎，洗患处。

2. 治小儿疝气偏坠：菖蒲煎水，洗患处。

3. 治痈肿初起：菖蒲1两，独活5钱，白芷5钱，赤芍5钱，紫荆皮3钱，共研细末，取适量药末，同葱心捣成糊状，敷患处。

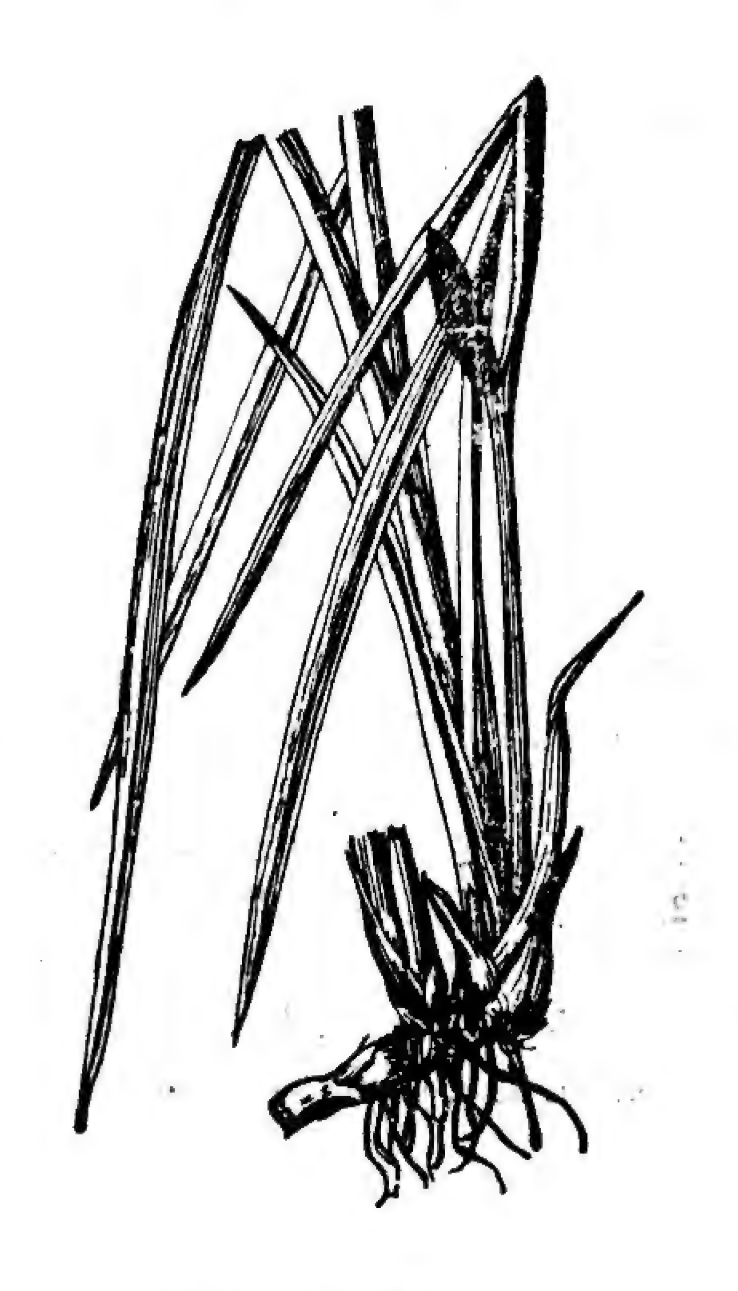


图4—85 菖蒲

天 南 星

别名：山包米、长虫草，达迎瓦（蒙名）。

原植物：天南星科植物东北天南星。多年生草本。高30～50厘米。根茎近球形，须根放射状伸出。叶有长柄，由5小叶构成，幼株有3小叶，小叶倒卵形或广倒卵形。花序肉穗状，由叶鞘伸出，有佛焰苞。浆果成熟时红色，生于膨大的肉穗花轴上，状如玉米穗。花期6～7月，果期7～9月。

生于林间阴湿地。产于山区和半山区各县，长白山附近更多。

采制：秋采挖球茎，除泥杂，洗净，刮去栓皮，晒干。

制南星：球茎放缸中浸泡，出白沫随时换水，每日换三次，泡至口尝无麻辣味，捞出，放锅中加白矾，每斤用白矾1.25～1.45两，煮透取出，稍晾，切片晒干。

应用：祛风解痉，燥湿化痰，散结消肿。治破伤风、口眼歪斜、寒痰咳嗽、气瘰、疔肿恶疮。量8分～1钱半。外用适量。

1. 治破伤风、口噤强直：制天南星、防风各1两，共研细末，每次1钱，日服二次。

2. 治面神经麻痹(口眼歪斜)：生南星1钱，生僵蚕3钱，共研细末，醋调，敷用。左歪敷右，右歪敷左。

参考：本品毒性很强，生用宜慎。



图 4—86　东北天南星

浮　　萍

别名：青苔、青萍，出如各（蒙名），布平哼（朝名）。

原植物：浮萍科植物浮萍。多年生小草。植物体成叶状，绿色，通常倒卵形，有时为椭圆形。因生境不同，绿色浓度有变化。根一枚，丝状，生于叶背面下部，下垂于水中。花生于叶基部凹处，形成花序，由一雌花及二雄花组成。

生于池沼，水田，河流支汊间，浮游于水面。全省各地皆有。

采制：7 月用网捞子捞取，晒干生用。

应用：发表透疹、散风行水。治疹出不畅、感冒浮肿、风疹。量 1～2 钱。

1. 治疹出不透：浮萍 4 钱，柽柳 3 钱，水煎，日服二次。

2. 治感冒引起浮肿（急性肾炎）、咳喘：浮萍 1 两，赤小豆 3 两，麻黄 2 钱，水煎，取汁，日服一次。

3. 治皮肤风疹、瘙痒：浮萍 5 钱，蝉蜕 3 钱，茵陈蒿 3 钱，水煎，日服二次

参考：药用浮萍草除浮萍外，还有水萍。功效相同。

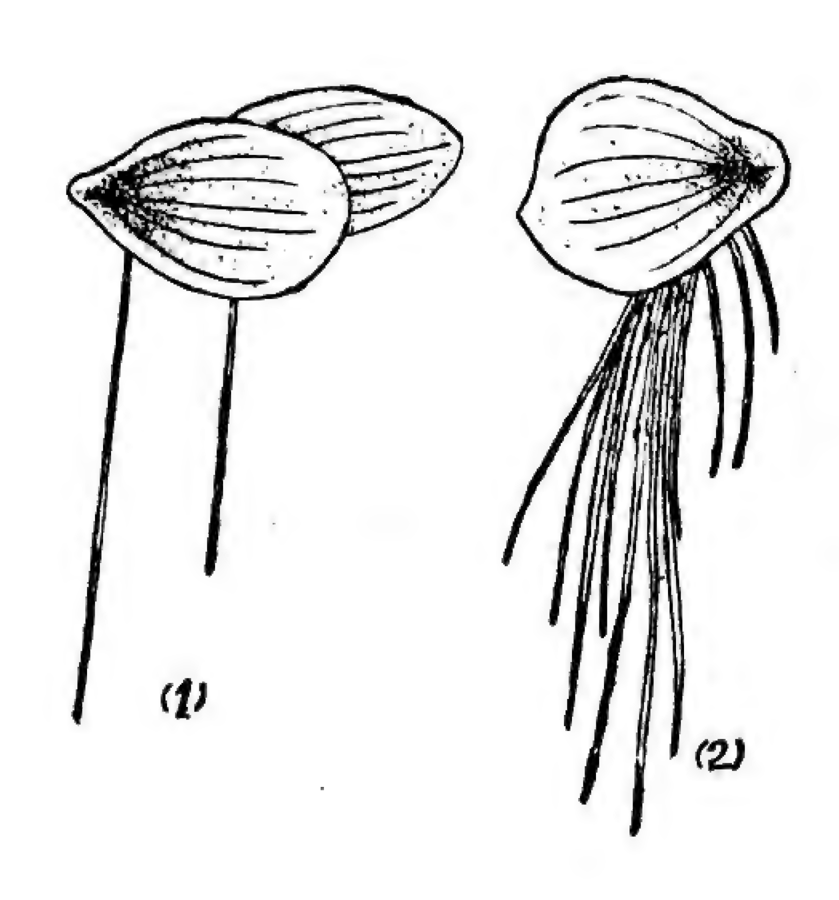


图 4 —87 浮萍
1.浮萍 2.水萍

薤 白

别名：小根蒜，立各克(蒙名)，达尔利(朝名)。

原植物：百合科植物小根菜。多年生草本，鳞茎球形。外被无色膜质鳞片。叶狭线形，长40余厘米，平滑。花茎直立，单一，高60～80厘米。繖形花序半球形，由多花密集而成；花粉红色至紫红色。蒴果。花期 7～8 月，果期 8～9 月。

生于田间、田边、撂荒地及荒地。遍布全省。

采制：7～8 月挖鳞茎，除去泥杂，蒸至半熟，晒干用。并可随时采鲜的用。

应用：温中散寒，理气，宽胸止痛。治胸中刺痛、泻痢、噎膈反胃。量 3～5 钱。

1. 治胸中刺痛：鲜薤白捣汁服，每次一小酒盅，日服一次。

2. 治赤痢：**薤白 5 钱**，**黄柏 3 钱**，水煎，日服二次。

3. 治痢疾：薤白 1 两与小米煮粥食，每日一次。

4. 治痢疾：鲜薤白 5 钱，莱菔子 1 两放在一处捣烂，开水冲服，一日二次。

5. 治噎膈反胃：鲜薤白 2 两捣汁，糖水冲服，日服二次。

葱 白

别名：帕（朝名）。

原植物：百合科植物葱。各地常用调味蔬菜。鳞茎（葱白）及种子入药。随用随取。

应用：发汗解肌，解毒散痈，通乳安胎。治感冒恶寒、头痛无汗、霍乱转筋、乳汁不下、风寒咳嗽。量2～5钱。

1．治伤风感冒，发冷无汗：葱白三个，红糖3钱，开水冲服，盖被取汗。

2．治流感：葱白三个，茶叶1钱，水煎服，取汗。

3．治胃痛：大葱、生姜各5钱捣烂，黄酒冲服。

4．治无名肿毒：带须大葱七棵，用火烤烂捣碎，以红糖一撮搅匀成粘稠状，敷患处。

5．治疔毒（手指疔）葱白七个，蜂蜜3钱，捣烂敷患处。

6．治毛囊炎：将香油熬开，用葱白蘸香油烫患处，每次约20分钟，连用三日。

蒜

别名：马俄几（朝名）。

原植物：百合科植物蒜。各地皆有，鳞茎（蒜瓣）入药。随用随取。

应用：开胃健脾，杀虫，解毒。治食欲不振、消化不良、痈疽恶疮、细菌性痢疾，预防感冒等。量1～3钱。

1．治浸润型肺结核、肺炎、气管炎：紫皮蒜1斤，贝母面5钱，白糖5两，将蒜去皮，放砂锅内，加三碗水，煮成粥状，再将白糖、贝母末放入，煮几个开便妥。每次2钱，日服二次。

2．治百日咳：紫皮蒜4两，白糖2两，将蒜切片和糖用开水浸服，每次半汤匙，日服三次。

3．治腮腺炎：蒜、陈醋各等量，同捣如泥，敷肿处，一日二次。

4．治赤白痢疾：蒜一头，去皮捣烂，用水一碗浸三小时，滤过去渣，加红糖1两，一次空腹服下，日服一次。

5．预防感冒及流感：以大蒜捣汁点鼻。

6．治鸡眼：紫皮蒜一头去皮，大葱一枚去叶，捣成泥状敷患处，4～5日后鸡眼变黑，8～9日可脱落痊愈。

7．治牛皮癣：蒜、韭菜各等分，捣成泥状，敷患处。

韭 菜 子

别名：约木鸡戏（朝名）。

原植物：百合科植物韭。常见蔬菜。种子（韭菜子）、鳞茎及叶均入药。

采制：8～9月采种子，晒干，生用。秋季挖根，洗去泥土，晒干生用。叶鲜用。

应用：温肾，壮阳，固精。治肾虚腰膝酸痛、筋骨痿软、遗尿、遗精、阳萎、白浊、白带等。量1～3钱。

1. 虚劳伤肾，梦中泄精：韭菜子2两，微炒研末，食前黄酒送，每次2钱，日服二次。
2. 赤白带下：韭菜根捣汁，空腹服下。
3. 治鼻出血不止：韭菜根适量，捣汁用凉水冲服，每次一酒盅。
4. 治牛皮癣或头癣：以韭菜根研成粉末，用香油调涂患处。
5. 治荨麻疹：鲜韭菜叶，搓于患处。

知 母

别名：木疏草，洛贡玛（蒙名）。

原植物：百合科植物知母。多年生草本。根茎横卧地下，有时分岐，长10～30厘米，粗10～15毫米，外被粗毛状褐色枯叶纤维，下生多数粗长须根。叶根出簇生，线形，长20～70厘米，上端逐渐变为丝状，基部互相抱合但不成鞘，表面平滑，花茎由叶丛抽出，直立，高40～60厘米，总状花序狭长，通常2～3花簇生一处。花黄色或紫黄色，小形。蒴果长圆形，三室，具黑色有翼种子各一枚。花期7～8月，果期8～9月。

生于干燥丘陵地、草甸、草原及固定沙丘。主产于白城地区各县。

采制：春季采根茎，去掉须根及嫩苗，削去拴枝，切片，晒干，生用或盐水炒用。

盐知母：将知母片用盐水拌炒，至微黄，取出晾凉，每斤知母用盐1两半。

应用：滋阴清热。治骨蒸发热、肺热咳嗽、消渴。量1～3钱。

1. 治虚劳发热（结核热）：知母3钱，青蒿3钱，秦艽3钱，水煎，日服二次。
2. 治肺热咳嗽：知母3钱，贝母3钱，研末，每次一钱，日服二次。
3. 治消渴：知母6钱，生山药1两，黄芪5钱，水煎，日服二次。



图 4—88 知母

平 贝 母

别名：拍猫（朝名），尼西瓦（蒙名）。

原植物：百合科植物贝母。多年生草本，高30～50厘米。鳞茎，由2～3鳞片组成。茎中部叶轮生，上部叶成对，或为互生，叶线形，长达15厘米，较上部叶先端成卷须状。每株1～3花，单一，下垂，花被狭钟形，外面污紫色，内面淡紫色并带绛红色。蒴果广倒卵形。花期5月，果期6月。

生于湿润沙质土壤、森林、灌丛、草甸及河谷。产于延边、通化、吉林等地区。

采制：5～6月挖鳞茎，去掉残茎及须根，晒干。也可用火烘干，生用。

应用：止咳化痰，润肺。治肺热咳嗽、痰喘、胃溃疡、痈疮等。量1～3钱。

1. 治肺结核：贝母末1钱，鲜菠菜1斤，菠菜捣烂用白布拧汁与贝母末调合，加鸡蛋清1个搅匀，一日匀三次服下。

2. 治慢性支气管炎：贝母1两，杏仁1钱，共研细末，每次1钱，日服二次。

3. 治胃疼、胃酸过多、胃溃疡：乌贼骨7钱，贝母3钱，研细末，每次1钱，日服二次。



图4—89　贝母

百　　合

别名：卷连子，那立高（朝名），啊米哈（蒙名）。

原植物：百合科植物渥丹。多年生草本。鳞茎白色，广椭圆形，数鳞片聚集而成，鳞片广披针形或广椭圆形；茎细直立，高25～60厘米。叶互生，无柄，线形或线状披针形。花单一，稀有数花，直立向上开放，鲜红色。蒴果长圆状广椭圆形。花期6～7月，果期8～9月。

生于河边草甸、丘陵草地、灌丛间。产于东部及中部山区。

采制：秋采。挖出鳞茎，去净泥杂，略晒，将鳞片剥开，蒸1～2分钟，取出晒纯干，生用或蜜炙。

蜜百合，将蜂蜜加1/3的水，合匀，熬开，倒入百合，用慢火炒至半黄不粘手时，取出晾凉。每斤百合用蜂蜜1.5两。

应用：滋阴清肺，止咳化痰。治肺结核咯血、热咳嗽、胃痛。量1～3钱。

1．治肺结核咯血：百合4两，冰糖4两，薏米4两，百合放在碗内，加冰糖，薏米放在锅内蒸或煮，待熟后合一处，当早饭吃。

2．治肺燥热咳嗽：鲜百合1两，蜂蜜5钱，蒸熟分四次，日服完。



图4—90 渥丹

玉　　竹

别名：山苞米、山白芨根子、小芦立，冬古烈（朝名），扎瓦（蒙名）。

原植物：百合科植物玉竹。多年生草本。根茎圆柱形，横卧地下，芦间长，密生须根。茎稍斜生，有棱角，平滑，高30～60厘米，往往带紫色。叶互生，长圆形或狭长圆形，叶柄甚短或无柄。花腋生，通常每1叶腋生1花，有时为2花，花梗带紫色，花绿白色，白色。浆果球形，熟时蓝黑色。花期5月，果期8～9月。

生于向阳山地杂木林内或灌木丛间。主产于省内东部山区及半山区各县。

采制：春秋两季采。挖出根茎，去净泥土及须根。放席上晒并用手揉搓，反复搓晒，至干为止。生用。

应用：补虚润燥，除烦渴。治体虚遗精、腰腿无力、热病伤津、多汗、胃热口渴。量1～3钱。

1．治体虚、遗精、腰腿酸痛、脱发：玉竹适量切碎，水煮滤过，浓缩成膏状，酌情长期服用。

2．治多汗：玉竹、防风、黄芪各3钱，水煎，日服二次。

3．治胃热口渴：玉竹3钱，麦冬3钱，沙参3钱，水煎，日服二次。



图 4—91 玉竹

穿 山 龙

别名：串地龙、穿龙骨、爬山虎，布菜马（朝名）。

原植物：薯蓣科植物穿山龙。

多年生缠绕性草本。叶互生，具长柄，卵形或广卵形，通常 3～5 浅裂，中裂片卵状披针形，较大，侧裂片短，有时浅裂。雌雄异株。雄花序长，复穗状，花小；雌花单一，呈穗状，下垂，子房 3 室。蒴果倒卵状椭圆形，有 3 宽翅，种子带膜质翼。花期 6～7 月，果期 7～8 月。

生于山地灌丛或向阳山坡。山区和半山区各县都产。

采制：春、秋季挖根茎，去掉泥土、残茎及须根，搓去外皮切片，晒干，生用。

应用：舒筋活络，祛风止痛。治腰腿疼痛、筋骨麻木。量 1～3 钱。

1．治腰腿疼痛及筋骨麻木：穿山龙 2 两，烧酒 1 斤，浸泡 7～10天，每次服其浸液 1 杯，日服三次。

2．治腰腿疼痛、扭伤、闪腰岔气：穿山龙 5 钱，水煎，日服三次，酒为引。

3．治大骨节及关节疼痛：穿山龙适量制成浸剂，随时服用，每服一杯。

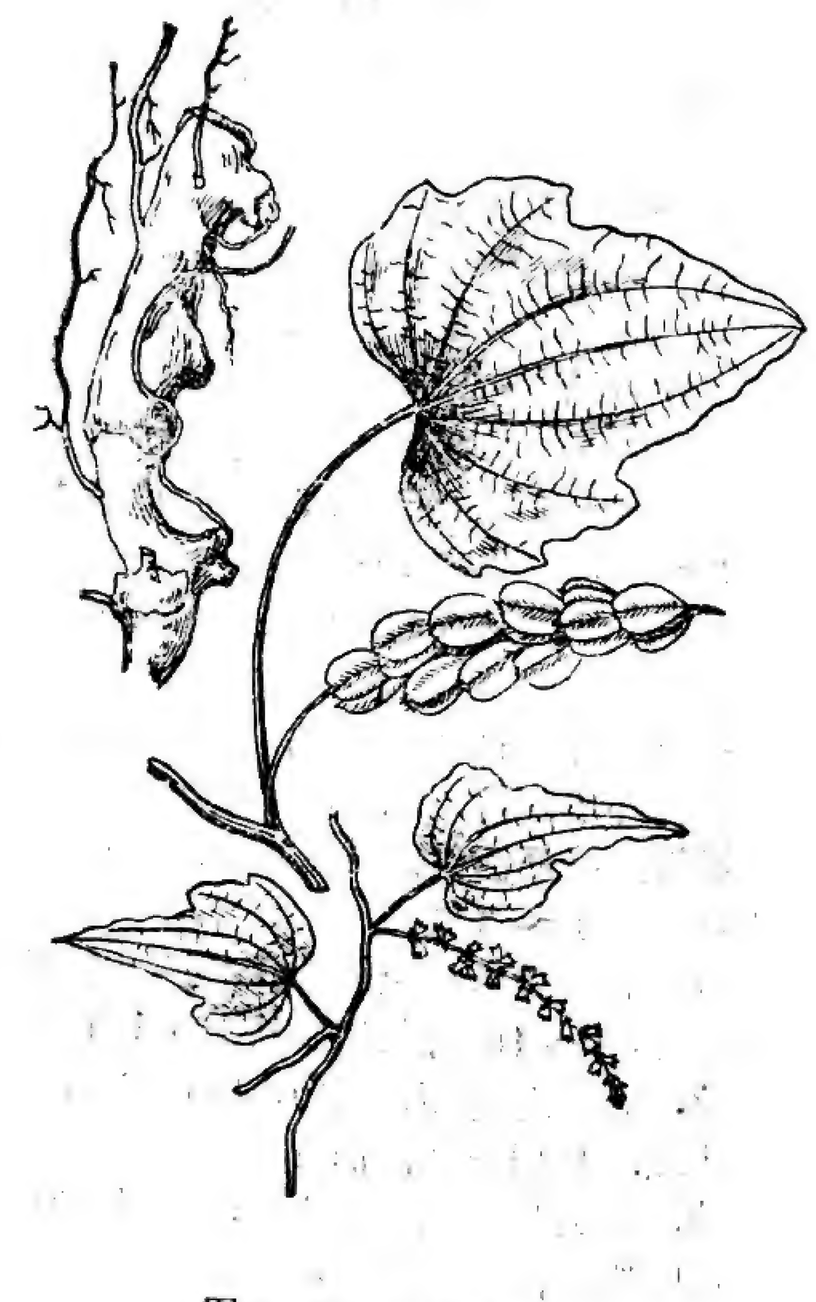


图4—92　穿山龙

五、计划生育

我国有七亿人口，这是我们在毛泽东思想伟大红旗的指引下，进行轰轰烈烈的社会主义革命和建设的最可宝贵的因素。但是，人类在生育上无政府主义是不行的。毛主席早在一九五七年就教导说：**“我们作计划、办事、想问题，都要从我国有六亿人口这一点出发，千万不要忘记这一点。”**我国人口的增长也必须有全局观点，从全国七亿人民的整体利益出发，要有计划地增长。

实行计划生育好处很多：有利于父母集中精力更好地活学活用毛泽东思想，促进思想革命化，和**“抓革命，促生产，促工作，促战备”**，为革命和社会主义建设贡献更大的力量；有利于更好地教育下一代，使他们成为无产阶级革命事业的接班人；有利于母子健康，促进民族健康和繁荣。因此，计划生育是关系到我国社会主义革命和建设的大事，也是移风易俗，改造世界的大事。

我们伟大领袖毛主席对计划生育工作非常关

心。建国以来，广大革命的医务工作者、干部、群众，积极贯彻执行毛主席指示，开展计划生育的宣传和指导，取得了一定的成绩。但是，叛徒、内奸、工贼刘少奇及其在各地的代理人，长期封锁和抵制毛主席的指示。刘少奇公开宣扬“对婚姻恋爱问题不要干涉，早婚也不要干涉”、“在农村不要搞节育的宣传活动”等反动谬论，千方百计地反对和破坏计划生育工作，反对提倡晚婚，腐蚀、争夺青年，妄图使青年一代和平演变，阴谋复辟资本主义。我们“赤脚医生”一定要高举毛泽东思想伟大红旗，突出无产阶级政治，从全国人民的革命利益出发，坚决执行毛主席对计划生育工作的指示，彻底批判刘少奇反革命修正主义卫生路线，向广大贫下中农宣传计划生育的政治意义，把提倡晚婚和计划生育工作搞的更好。

计划生育是用科学的办法，控制生育的次数及时间，调节生育的密度，避免过早、过多及过密，计划生育工作包括提倡晚婚和有计划生育两个方面。

提倡晚婚

伟大领袖毛主席对我们革命青年寄予无限希望，他说：“**世界是你们的，也是我们的，但是归根结底是你们的。你们青年人朝气蓬勃，正在兴旺时期，好象早晨八、九点钟的太阳。希望寄托在你们身上。**”为了不辜负毛主席的希望，我们革命青年不要过早地考虑个人生活和家庭问题，应胸怀祖国，放眼世界，努力活学活用毛泽东思想，树立一心为公的共产主义世界观，积极参加阶级斗争、生产斗争和科学实验三大革命运动，把自己锻炼成无产阶级革命事业的接班人，把自己有限的生命投入到无限的为人民服务之中去。把中国革命和世界革命进行到底。

青年时期精力最充沛，是参加革命工作和学习的最好时期。但如果过早地结婚，繁忙的家庭琐事，就必然会影响工作和学习，不能集中全部精力投入到三大革命运动中去。从生理上讲，25岁以后身体各方面才发育成熟，过早结婚对身体和后一代的健康都不利。因此，我们革命青年要破除早婚这个旧风俗、旧习惯，为中国革命和世界革命做出更大的贡献。

避孕

避孕就是采用各种方法阻止男的精子和女的卵子结合，或阻止孕卵着床，以达到不孕的目的。

口服避孕药

口服避孕药是一种合成的孕激素，加上一种雌激素，它的作用主要是抑制排卵。目前推广使用的有两种：

口服避孕药片Ⅰ号：炔诺酮0.625毫克及炔雌醇0.035毫克；口服避孕药片Ⅱ号：甲地孕酮1毫克及炔雌醇0.035毫克。

服药方法及时间：

从月经来潮当天算起的第五天开始服药，每晚服一片，连服二十二天停，不能间断。服完后等月经来潮后的第五天再继续服药，最好在晚饭后或睡前服药。服药一个月，可以避孕一个月，因此须连续服药。如果经常漏服就会失败。如果当天忘记服药，第二天马上补服一片，晚上仍须继续服药。

服药后有反应时如何处理：

大多数服药后没有反应，少数人有类似早孕反应（如恶心、头昏、睏倦等）、阴道流血，也偶有呕吐、奶胀、哺乳期妇女乳汁减少及皮疹等。上述副作用在服药的第一个月发生较多，以后减少。一般较轻的反应，不须处理，可自行消失，必要时可对症处理。如出现类似早孕反应者可每晚服维生素B$_6$10毫克和维生素丙100毫克各一片，连服七天。

有时个别人出现阴道流血，若因漏服药引起者，则应加强宣传，不要漏服药。若不是漏服药引起的出血，出血量少时可每晚加服炔雌醇1～2片即可止血，继续服完本周期的药为止。假如出血量很多或在服药的最后3～4天出血，这次出血就当作月经，在出血第五天时重新服药二十二天。

如果服药二十二天后，停药七天仍不来月经（此谓闭经），应即开始服用下一个月的药。若连续发生2～3个月闭经，则暂停服药一个月，等来月经后再服。在等待期间采用其他方法避孕。服药后可使月经量减少，痛经减轻，月经规则。所以服避孕药对月经不准、月经过多或有痛经病的妇女还有治病的作用。

禁忌症：

1. 患急慢性肝炎、肾炎者忌用。患子宫肌瘤、高血压的患者，须在医务人员指导下服用。

2. 哺乳期服药可使乳汁减少。所以哺乳期妇女最好用其他方法避孕，过一年后可考虑服药。

3. 作人工流产后，头一个月不服药，等来一次月经后再服药。来月经之前应采用其他避孕方法，以免怀孕。

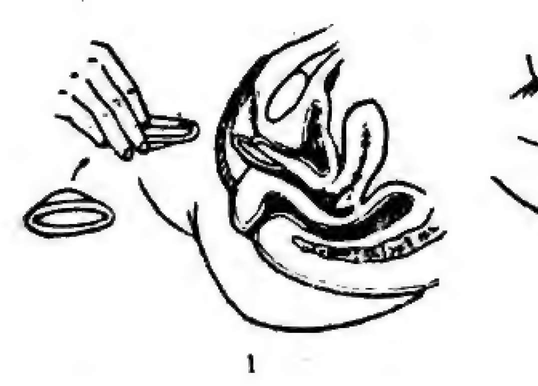
阴茎套

能阻止精子和卵子结合。用法简便，效果好。用法：使用前将套吹胀，检查有无漏气。把套子顶端小囊里的气体挤出，从阴茎头上慢慢套到根部。射精后要按住套口将阴茎抽出，以免精液倒流套外

或套子滑脱在阴道里而失败。

阴道隔膜

又称子宫帽。为女用避孕工具。是用薄橡皮做的象帽子样的圆盖子。每次合房之前把阴道隔膜放入阴道深处，遮住子宫颈，防止精子进入子宫。合房后8～12小时取出。过早取出，可能精子尚有活动能力，仍可受孕。


1


2

图5－1子宫帽放置法

1 将子宫帽压成长形，圆顶向上

2 斜放入阴道底部

3 用手指沿子宫帽前缘，把它推到耻骨后凹处


3

由于各人的阴道深浅度不同，所用的阴道隔膜

也不同（常用的有65号、70号、75号三种）。医务人员用食、中指做内诊，估计从耻骨后缘到阴道后穹窿的距离后，选择适当的子宫帽。用右手的拇指和中指把子宫帽捏成长圆形，斜放入阴道顶部，再用手指将子宫帽前缘推到耻骨后凹处，使子宫帽嵌在后穹窿和耻骨之间。站立或行走时无异物感，就证明用的号码恰当。合房前，取半卧位或蹲位，两腿稍分开，按上述方法将子宫帽放入阴道内，并检查宫颈是否被盖严。在子宫帽顶端和边缘抹上避孕药膏，效果更好（图5－1）。

取出时用食指钩住子宫帽前缘，向外牵引即可。取出后用温水洗净，擦干保存。

患有严重的阴道炎、子宫颈炎、子宫脱垂及阴道松弛者禁用。

节育环

又叫避孕环。常用的是由不锈钢丝和塑料制成。不锈钢节育环可放置五年左右。如要继续用，须更换新环；如要生育，可随时取出。

禁忌症：

1．严重的全身性疾病，如心力衰竭、重度贫血及各种疾病的急性阶段。 2．生殖器急性炎症。3．月经周期紊乱或月经过多者。4．产后未满三个月。 5．宫颈重度裂伤、子宫脱垂及宫口松弛者。

放环时间：一般在月经干净后3～7天放置。

早期妊娠人工流产后可立即放置，自然流产者，需待下次月经后再放置。

节育环的消毒：不锈钢节育环用蒸气或煮沸消毒。塑料环可用75%酒精浸泡30分钟。

放环操作步骤：

1. 排尿后仰卧，两腿分开、屈曲。外阴及阴道用 0.1% 新洁尔灭或 0.1% 来苏儿冲洗或充分擦洗。

2. 作双合诊检查，确定子宫大小及位置。

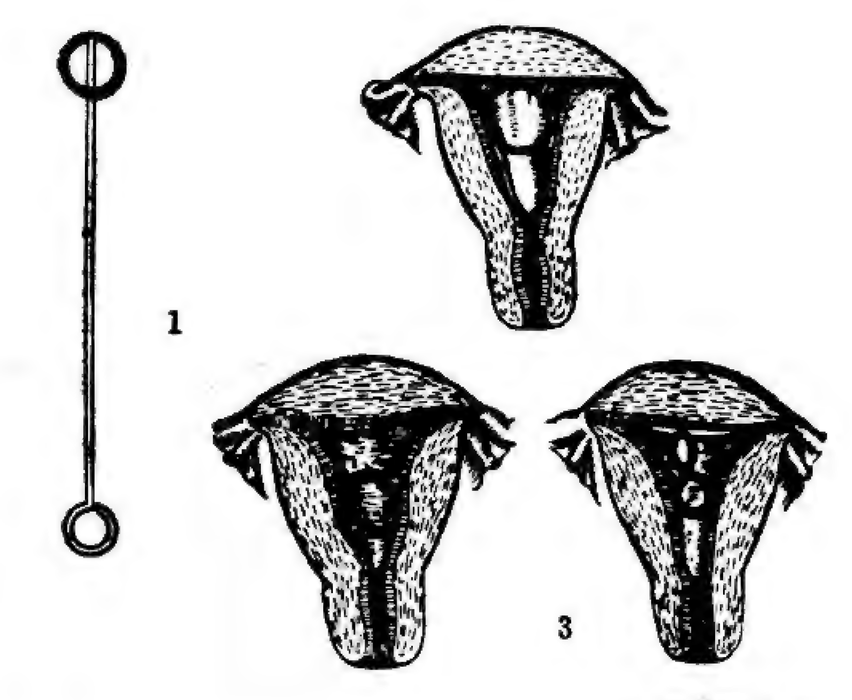
3. 用阴道窥器扩开阴道，暴露宫颈，擦净子宫分泌物及阴道积液后，在宫颈及阴道壁上涂 2.5% 碘酒及75%酒精消毒，注意擦净宫颈粘液和消毒宫口，以免将细菌带入宫腔。

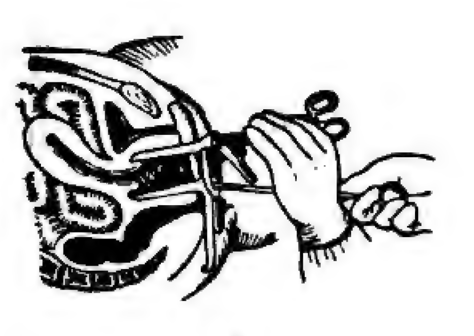
4. 以子宫颈钳子将宫颈前唇挟住，然后轻轻向外拉，以利于操作。再以探针探测宫腔大小及方向。

5. 将选妥的节育环装在放置器上，若用放环叉，可将环放在叉内，顺宫腔方向将环轻轻送入宫腔底部。退出放环器时，注意不要将环带下（图5－2）。

注意事项：

1. 用放环叉顶放节育环时，应按子宫腔方向将环一次送到宫底，中间不要停顿，以免环脱离叉槽而造成低位环。若怀疑节育环位置低时，可用子





1. 节育环放在放环叉上
2. 送入宫腔
3. 节育环在宫腔内的各种位置
（1）正确位置
（2）位置太低
（3）环呈“8”字形

图5－2 节育环放置法

宫探针探测。若探针伸入宫颈口4～5厘米才能触到环的下缘，说明环的位置正常；若少于4厘米则应考虑环的位置低，可钩出重新放置。

2．放环后休息1～2天，二周内禁止性交及盆浴，并避免重体力劳动。

3．放环后，2～3个月内月经可能增多，有腹胀、腰酸、白带增多等现象，数月后可恢复正常。若出血过多或腹痛严重者应检查、处理。

取环操作步骤：

1～4．同放环操作步骤。

5．伸入取环钩，达宫腔底部，稍向外拉，触及环时钩住环继续向外拉出。若环已被钩住，但阻力较大无法拉出时，不可强力牵拉，以免损伤子宫壁（图5－3）。

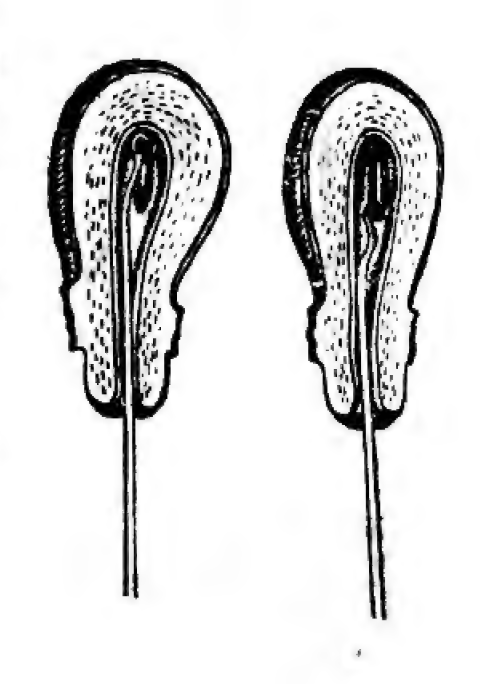


图5－3 取环法

1．取环钩达宫腔底部

2．钩住节育环后向外拉

〔附〕节育环的选择：

子宫腔深度（厘米）	人工流产后宫腔深度（厘米）	节育环内直径（毫米）	节育环外围直径（毫米）
5.0～5.9		14	18
6.0～6.9	7.0～7.9	16	20
7.0～7.9	8.0～8.9	17	21
8.0～8.9	9.0～9.9	18	22
9.0～9.5	10.0～10.5	19	23
9.5以上不放	10.5以上不放		

人 工 流 产

妊娠十周以内要求中止妊娠者（根据情况也可以做到十二周以内）。或因有病不宜继续妊娠者，可行人工流产。

禁忌症：

1．生殖器急性炎症，如阴道炎、重度宫颈糜烂、盆腔炎。2．各种急性传染病。3．急性心力衰竭或发烧者。

目前施行人工流产采用负压瓶或电吸引器吸引，效果好，痛苦少，比较安全。

负压瓶制作方法

1. 简易负压瓶：

（1） 负压瓶：用250～500毫升的输液瓶，在其橡皮塞上钻孔插入内径0.6厘米的橡皮管一段(农村撒氨水用橡皮管最为合适）即成。亦可插入一个0.6厘米口径的塑料铅笔管（用其中段，去其尖端留作抽气阀用)，上接橡皮管。

（2） 简制抽气阀：

取一段约2.5厘米长的细导尿管，用比其内径略粗的铁丝头（0.2厘米长）塞入一端，使之成为盲端，并在中间割一与管腔平行长约1厘米的切口，做为抽气孔，将导尿管开放端套在静点用玻璃接管乳头上（或塑料铅笔尖端)。再取一段粗的橡皮管，在其中间也割一个与管腔平行约1.5厘米长的切口，做为排气孔，然后套在玻璃接管的管体上即成（图5－4)。

（3） 制负压的方法：抽气时将抽气阀甲端接负压瓶橡皮管，乙端接100毫升注射器，拉推注射器4次，250毫升负压瓶即可达到500多毫米汞柱负压，然后夹住橡皮管，取下抽气阀备用。若初次做没有经验，宁可多抽拉几下注射器到很费劲时为止（负压达600毫米汞柱左右)，有利于吸引。

2. 连动式简易负压瓶：

为了象电吸机一样，能够根据需要连续形成负

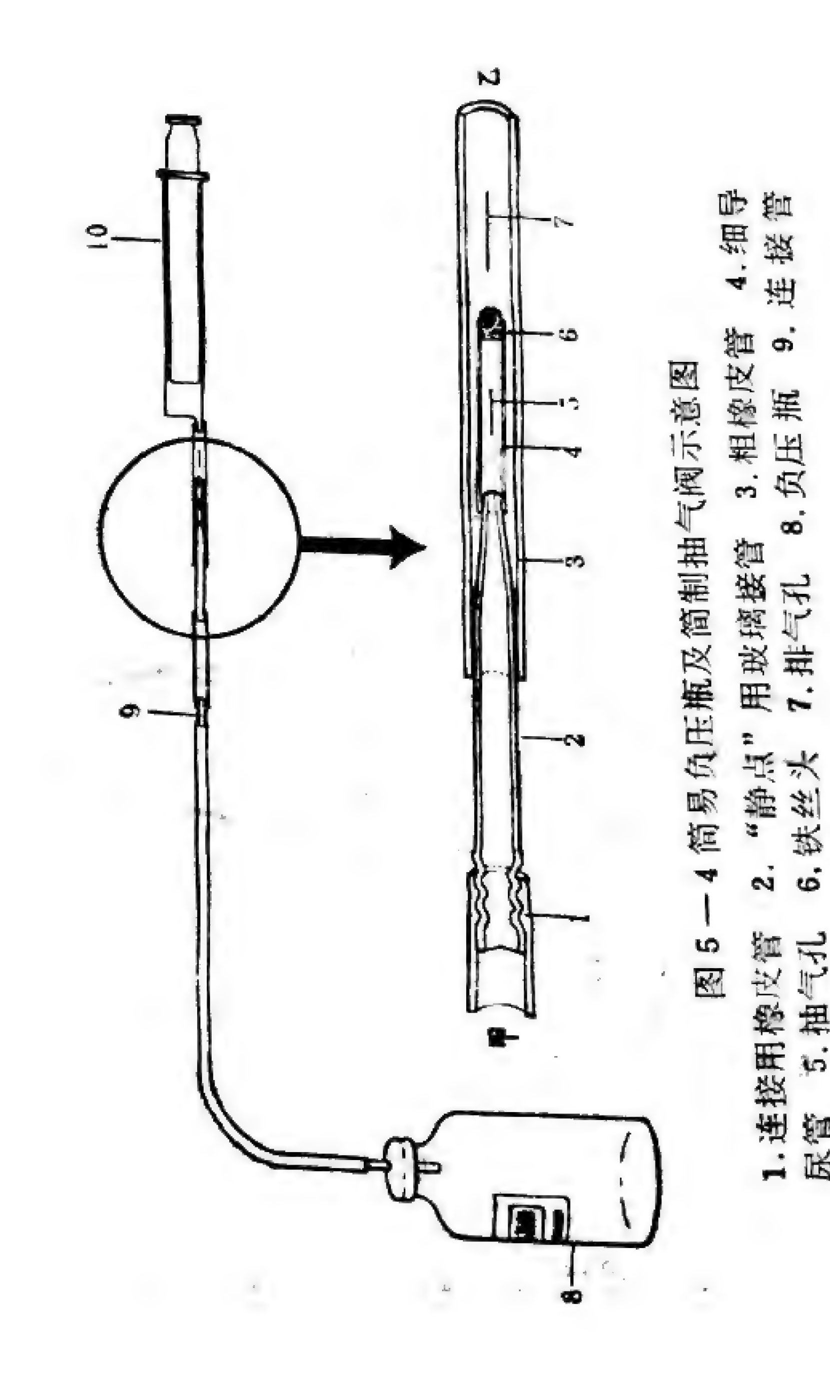


图5－4 简易负压瓶及简制抽气阀示意图

1.连接用橡皮管 2."静点"用玻璃接管 3.粗橡皮管 4.细导尿管 5.抽气孔 6.铁丝头 7.排气孔 8.负压瓶 9.连接管 10.注射器

压，可自制连动式简易负压瓶。这种吸引器制作简单，经济，携带方便，也可用于外科手术时吸腹腔液、吸痰或胎头吸引等方面，很适合于农村。

制作方法：取一个250～500毫升广口瓶和一个橡皮塞，在橡皮塞上插两个金属管（或塑料铅笔管），一管接吸引管头，另一管接抽气阀和注射器。若连续拉推注射器，可连续产生负压(图5－5)。

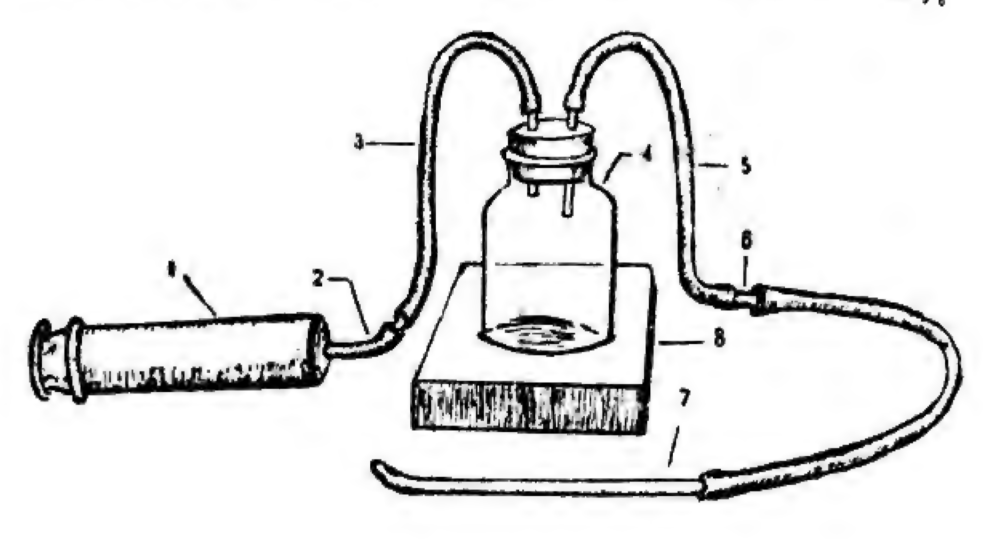


图5－5连动式简易负压瓶

1.大注射器 2.抽气阀 3.抽气橡皮管 4.负压瓶 5.吸物橡皮管 6.连接管 7.人流吸管头 8.注射药纸盒

3. 火罐式负压瓶：用1000毫升大口瓶一只，配厚橡皮塞，中间插上金属管，并接上橡皮管。用时，夹住橡皮管，将95%酒精10毫升倒入瓶中，将瓶

横倒滚转，使酒精分布于瓶内四壁。投入点着的火柴，引起燃烧，立即盖上瓶塞，瓶内可产生负压。

手术步骤：

1.孕妇可在炕沿边或床边，仰卧，两腿屈曲分开，两脚分别放在木凳上，臀部下缘越出炕沿。用0.1%新洁尔灭冲洗阴道及外阴或用0.1%新洁尔灭棉球擦洗3～4遍。戴上消毒手套，外阴部铺孔巾。

2.作双合诊检查，确定子宫大小及位置。

3.用阴道窥器将阴道扩开，暴露宫颈，擦净宫颈分泌物及阴道积液后，在子宫颈及阴道壁上涂2.5%碘酒及75%酒精消毒。要注意擦净宫颈粘液和消毒宫颈管口，以免手术时将细菌带入宫腔。

4.以子宫颈钳子将宫颈前唇夹住稍外拉，再以探针测宫腔大小及方向。

5.用子宫颈扩张器逐号扩张子宫颈。扩张时左手持宫颈钳，右手以执笔式拿住扩张器，顺子宫方向慢慢送入，通过子宫内口为止。应扩至比拟用的吸管头大半号；妊娠二个月以内的用5～6号吸管，扩张至6～7号即可；妊娠二个月以上的用7～8号吸管，扩张至8～9号。

6.将橡皮管的一端接到吸引头的末端，另一端交给别人接于负压瓶上，再将吸管头放入宫腔底部，打开负压瓶上橡皮管的夹子，使负压发挥吸引作用。此时将吸管头在宫腔内顺序转动，并由宫底

往宫颈内口部反复上下移动，这时可感到有物不断流入吸管。经过半分钟至一分钟，可感到宫腔逐渐缩小，宫壁由光滑转为毛糙，吸管紧贴宫壁，表示胚胎组织已经吸净，可以拔出吸管。若仍有光滑感，表示未吸净，可再吸引一次。拔出吸管前应注意将橡皮管摺成双褶捏紧，防止负压消失，以便第二次吸引。

7.吸引完毕后可用小刮匙刮宫一周，特别注意刮宫底及两侧子宫角部。

8.取下宫颈钳及阴道窥器，并检查吸出物及出血量。

注意事项：

在扩张宫颈和吸宫时均有可能引起子宫穿孔，操作时切不可用力过猛，遇哺乳期子宫、严重的前倾前屈或后倾后屈子宫时更应注意。若出血多或子宫收缩不良时，可注射子宫收缩药。术后休息两周，并禁止性交及盆浴。术后立即放置节育环或采用其他避孕措施，否则可能再次怀孕。

绝　　育

绝育是用人工的方法，断绝生育能力，达到永久避孕的目的。分男子输精管结扎和女子输卵管结扎两种。女性输卵管结扎，方法简单，效果好，对

身体健康没有影响。凡是子女较多或因病不宜继续生育的妇女均可做输卵管结扎。男方要求绝育者可做输精管结扎。手术简单，出血少，不影响劳动，也没有后遗症，值得提倡。

六、诊疗基础

正确认識疾病和治疗疾病

“大海航行靠舵手，干革命靠毛泽东思想。”在医疗实践中，必须用毛泽东思想统帅一切，用毛主席的哲学思想指导医疗实践。只有这样，才能正确地认识和治疗疾病。实践雄辩地证明：“我们的一切成就，一切胜利，都是在毛主席的英明领导下取得的，都是毛泽东思想的胜利。”

一、正确认识疾病

“在人类的认识史中，从来就有关于宇宙发展法则的两种见解，一种是形而上学的见解，一种是辩证法的见解，形成了互相对立的两种宇宙观。”我们“赤脚医生”要坚决反对形而上学，努力活学活用毛主席的唯物辩证法，学习和运用毛主席的《实践论》、《矛盾论》等光辉的哲学著作，用毛泽东思想指导我们，正确地认识疾病。

详细调查研究 作出正确诊断

毛主席在《实践论》中指出：**“认识的过程，第一步，是开始接触外界事情，属于感觉的阶段。第二步，是综合感觉的材料加以整理和改造，属于概念、判断和推理的阶段。”**我们要正确认识疾病，首先就是要接触病人，在病人那里做详细的调查。**“没有调查就没有发言权”**，没有这一步工作也就不可能正确认识疾病。调查的方法，归纳起来就是详问病史和仔细进行体格检查。检查的方法，中医称“望、闻、问、切”，西医称“视、触、叩、听”。毛主席谆谆教导我们：**“只有感觉的材料十分丰富（不是零碎不全）和合于实际（不是错觉），才能根据这样的材料造出正确的概念和论理来。”**询问病史是调查的第一步，也是最重要的一步。因此，我们必须耐心、细致，抓住病人的主要痛苦，逐步深入，全面了解。把询问和检查有机地结合起来。决不能肤浅地询问几句，简单地检查一下，就急于作诊断。例如：有的患右下大叶性肺炎的病人，就诊时，可能只讲右上腹疼痛（神经反射痛）、怕冷、发热，因开始咳嗽不严重而将咳嗽遗漏。如果我们没再详细追问病史和全面进行体格检查，急于作诊断，可能误诊为肝、胆疾患。所以，我们还要进一步全面、深入地检查和询问出：咳嗽、右下肺听诊

呼吸音减弱和湿罗音，叩诊浊音等症状和体征，为正确认识疾病，提供全面、正确、丰富的感性材料。

经过详细的调查之后，再对丰富的感性材料进行综合分析，详尽研究，**“加以去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的改造制作工夫”**，就能初步作出对疾病的比较正确的诊断了。例如，一个病人主诉腹痛、腹泻十多小时。起病时上腹部疼痛，约二小时后腹泻呈水样，共六、七次，呕吐食物二次。上腹痛约过了八小时转移到右下腹。检查结果：体温38.5℃，右下腹有局限性压痛和反跳痛。这个病例，当我们听到病人腹痛、腹泻的主诉后，很容易想到是急性胃肠炎。但进一步追问清楚了患者有自心窝部到右下腹的转移痛和详细检查到右下腹的压痛、反跳痛之后，就明显看出，这是急性阑尾炎的典型症状和体征了。而腹泻只不过是由于阑尾发炎而致的全身改变中的极个别现象罢了。由此可见，要正确认识疾病，必须进行详细的调查，充分掌握感性材料；更必须善于思索，善于用科学的态度进行推理、判断，透过现象，揭示出疾病的本质。

运用发展和联系的观点反对静止、孤立论

事物总是发展的。一种疾病过程中可能出现各种变化，一个人也可以同时患几种疾病。因此，

我们要随时观察病情变化，根据其变化作出正确的诊断，不断加深对疾病的认识。而不能把疾病看成是一成不变的、静止的东西。例如，一个患感冒的病儿，经对症治疗，发热不退，咳嗽加重，就可能并发肺炎。需要我们随时观察病人，进一步详细检查，以得出新的诊断。

我们在分析疾病时，还必须根据病人的全身情况，用事物相互联系的观点，**“具体地分析具体的情况”**，切忌不顾病人的特点千篇一律地生搬硬套书本理论。例如，假若没用事物相互联系的观点给一位老年患有肺和腹膜结核患者看病，患者就诊时主诉：是逐渐加重的吞咽困难。这时，我们就有可能根据恶性肿瘤好发于老年人，食道恶性肿瘤的特点是逐渐加重的吞咽困难等为根据而将这个食管结核的病人误诊为“食道恶性肿瘤”。这就是因为我们没根据病人患有肺和腹膜结核亦可并发食管结核，用事物相互联系的观点看问题，结果作出了错误诊断。所以，我们不能用静止、孤立的论点看问题，而必须用事物发展和相互联系的观点，具体地分析疾病。这样，才能根据病人的特点，准确地作出诊断。

二、正确治疗疾病

“马克思主义的哲学认为十分重要的问题，不在于懂得了客观世界的规律性，因而能够解释世

界，而在于拿了这种对于客观规律性的认识去能动地改造世界。"认识疾病是为了防治疾病，在防治中不断地加深认识。要正确地治疗疾病，必须用毛主席的光辉哲学思想解决好内因和外因的关系、局部和整体的关系、主要矛盾和次要矛盾的关系、人和物的关系。

重视人的因素　调动内因战胜疾病

伟大领袖毛主席教导我们："**唯物辩证法认为外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用。**"毛主席的哲学思想是放之四海而皆准的伟大真理，但是，过去"**城市老爷卫生部**"忠实执行了刘少奇的反革命修正主义医疗卫生路线，反对用毛主席的哲学思想指导医疗实践，极力推行"见物不见人"、"治病不治人"的资产阶级医疗作风，大肆贩卖"唯武器论"的黑货，我们"赤脚医生"一定要彻底批判，肃清其流毒。遵照毛主席"**外因通过内因而起作用**"的教导，我们要充分认识到：在治疗疾病中，无论药物或其他治疗，都是重要的外因，还必须通过人的内因才能起作用。所以，我们既要充分研究病情，对症下药；更要针对病人的特点，进行过细的思想政治工作，充分发挥病人的主观能动作用，焕发机体的旺盛机能，调动人体内部的抗病因素，战胜疾病。

广大工农兵无限热爱毛主席，一心为革命。因此，他们就能充分发挥主观能动作用，积极配合治疗，战胜疾病，创造出资产阶级"专家"、"权威"意想不到的奇迹。钢铁战士麦贤得，在脑脊液外流的严重伤情下，以惊人的毅力，战胜伤痛，坚持战斗两个多小时，胜利完成战斗任务，谱写了一曲发扬"**一不怕苦，二不怕死**"的彻底革命精神，战胜疾病的胜利凯歌。这就是由于他对党对人民无限忠诚，对美帝国主义和国民党反动派有着刻骨的仇恨！是毛泽东思想给了他无穷的精神力量的结果。青年女工王世芬，烧伤面积达百分之九十八，三度以上烧伤达百分之八十八。照资产阶级"权威"的说法，"将是死亡不可避免"，但她发扬工人阶级硬骨头精神，活学活用毛泽东思想，以压倒一切的英雄气概，终于战胜了烧伤，创造了世界医学史上的奇迹。这些铁的事实充分说明了，疾病痊愈的根本问题在于人体内部的再生能力，靠充分发挥人的主观能动作用。所以，我们"赤脚医生"，在治疗疾病中一定要根据病人的特点，帮助病人建立战胜疾病的信心，调动内因战胜疾病。

树立整体观　反对片面性

"**一切客观事物本来是互相联系的和具有内部规律的**"。人体也是一个有机的整体。一个器官有病

要引起全身情况的变化，全身情况的变化，又会影响各个器官的正常生理机能。所以，在治疗疾病中，我们一定要批判那种只见局部，不见整体的形而上学观点。做到：既要治疗原发病灶，又要及时、正确处理全身的改变。否则，就不能正确治疗疾病。譬如骨折的治疗，如果我们只看到骨折的局部，而不考虑到因骨折可引起的疼痛性休克或感染等全身情况的变化，就可能耽误病情，如果只顾局部固定，让患者绝对卧床休息，不注意改善全身血液循环，就会使骨折愈合迟缓。所以，我国广大革命医务人员，遵照毛主席关于**“对立统一规律是宇宙的根本规律”**的教导，在治疗骨折中，吸取了西医正确复位、中医小夹板固定的长处，恰当地解决了局部和整体的对立统一关系。这样，一方面保持了局部的相对固定，有效地控制了对骨折断端不利的活动；另一方面，又为伤肢和全身的活动创造了条件，使肢体在骨折愈合期间进行适当的功能锻炼，充分发挥活动对骨折愈合有利的作用，因而取得了骨折愈合快，治疗时间短，功能恢复好，并发症少的显著效果。这完全是毛主席光辉哲学思想在医疗卫生战线上的伟大胜利，是正确解决局部和整体这一对立统一关系的光辉成就。

解决主要矛盾　注意轻重缓急

毛主席教导我们：**“研究任何过程，如果是存在着两个以上矛盾的复杂过程的话，就要用全力找出它的主要矛盾。捉住了这个主要矛盾，一切问题就迎刃而解了。”**我们在治疗疾病中，必须遵照毛主席这一光辉哲学思想去做，抓住主要矛盾，治病治本。譬如，治疗不全流产的病人，盲目地止血和止痛是不能达到治疗目的的，只有解决了宫腔内残留的胎盘组织这个主要矛盾，流血和腹痛也就随之消失。在毛主席光辉哲学思想指引下，人民解放军的医务人员，对神经衰弱这个疾病做了辩证的详尽的分析。认为，人们白天精力充沛地工作，晚上充分睡眠休息，这是正常的兴奋和抑制现象。在兴奋和抑制这一矛盾中，兴奋是矛盾的主要方面，起主导作用的。神经衰弱病人之所以失眠，就是由于白天该兴奋兴奋不起来，晚上也就不能很好地诱导出适当的抑制。所以，他们就抓住这个主要的矛盾方面，大胆打破了用镇静、安眠药治疗神经衰弱的旧框框。采用白天加强病人兴奋的方法进行治疗，结果晚上就诱导出了适当的抑制，使病人睡眠良好，疾病痊愈。

事物的主要矛盾和次要矛盾，**“矛盾的主要和非主要的方面互相转化着”**，因此，我们在治疗疾

病中，就要随时注意到疾病的变化，根据其变化，紧紧抓住主要矛盾。譬如，开始治疗聋哑时，聋是主要矛盾，但当聋治好了以后，哑就上升为主要矛盾。又如，一个因感染发病的小儿，开始发热不高时，抗感染是解决主要矛盾；但如果病情恶化，高热引起惊厥时，惊厥就暂时上升为威胁病儿生命的主要矛盾，我们就应当注意轻重缓急，抓紧时间解决惊厥这个主要矛盾。总之，我们在治疗疾病中，一定要以毛主席的《矛盾论》为指南，随时抓住主要矛盾。这样，才能顺利而有效地战胜错综复杂的疾病。

三、树立全心全意为人民服务的思想是正确认识和治疗疾病的根本

“世间一切事物中，人是第一个可宝贵的。在共产党领导下，只要有了人，什么人间奇迹也可以造出来。”要正确认识疾病和治疗疾病，必须遵照毛主席的教导，处处突出人的因素。因为无论是详细的询问，过细的检查，还是调动病人的主观能动作用，树立整体观念，抓住主要矛盾等，都需要人的努力、需要有全心全意为人民服务的思想才能做到的。只要人听毛主席的话，就一定能正确认识疾病和治疗疾病，从而战胜疾病。但大叛徒刘少奇推行的反革命修正主义卫生路线，却是一整套的什

么“物质第一”“技术第一”等黑货。我们“赤脚医生”，是贫下中农自己的医生，是革命化的医生。一定要彻底批判大叛徒刘少奇的“物质第一”等反革命修正主义谬论。牢固地树立全心全意为贫下中农服务的思想，在广阔的农村中，充分发挥人的因素，创造一切条件为贫下中农服务。只要有了全心全意为贫下中农服务的思想，不论在什么样的条件下，都能正确地认识疾病和治疗疾病。4800部队“全心全意为人民服务的先进卫生科”，在战无不胜的毛泽东思想指引下，充分发挥人的作用，成功地治好了被资产阶级“权威”打入死亡冷宫的贫下中农女社员张秋菊的“不治之症”；刚入伍的部队卫生员赵普羽，充满对刘少奇反革命修正主义卫生路线的刻骨仇恨，怀着捍卫毛主席革命卫生路线的钢铁决心，以“**一不怕苦，二不怕死**”的彻底革命精神，打破了聋哑禁区的大门，使聋哑人喊出了时代的最强音“毛主席万岁！”海龙县的一名“赤脚医生”，凭着全心全意为贫下中农服务的思想，用新针疗法，治好了瘫痪十三年的贫农老大娘。这一桩桩、一件件惊人的奇迹，雄辩地说明了：只要我们破除迷信，解放思想，全心全意为贫下中农服务，就能运用毛主席光辉哲学思想指导我们正确地认识和治疗疾病，就一定能在医疗实践中，**“有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。”**

中医診治基本知識

中国医药学是一个伟大的宝库，是我国劳动人民几千年来同疾病作斗争的经验总结。我们伟大领袖毛主席对祖国医药学一直是非常重视的，并作出了一系列英明指示，为祖国医药学的发展指出了明确的方向。但是叛徒、内奸、工贼刘少奇却胡说什么“在不久的将来西医药必然要代替中医药”，千方百计地扼杀和消灭中医药，对人民犯下了滔天罪行。我们一定要以战无不胜的毛泽东思想为武器，彻底批判刘少奇的“洋奴哲学”“爬行主义”等反革命修正主义黑货，并肃清其流毒。

遵照毛主席关于中西医结合，运用现代科学知识和方法整理提高祖国医学的英明指示，整理研究和提高我国原有的中医中药，做到**“古为今用，洋为中用。”“百花齐放，推陈出新。”**创造出我国统一的独创的新医学新药学，更好地为社会主义革命和社会主义建设服务，为人类作出更大的贡献。

中医看病，首先是用望、闻、问、切四种方法了解病情，然后根据中医基本理论，将四诊所得的材料进行综合分析，确定病证和治疗方法，这就是辨证施治。现从临床实用出发，将中医四诊和辨证施治的主要内容，介绍如下：

四　　诊

伟大领袖毛主席教导我们：**“你对于那个问题不能解决么？那末，你就去调查那个问题的现状和它的历史吧！你完完全全调查明白了，你对那个问题就有解决的办法了。一切结论产生于调查情况的末尾，而不是在它的先头。”**通过四诊搜集病人的各种主观和客观证候，应用“八纲”，“脏腑”，结合病因进行分析归纳作出诊断，然后再根据诊断，定出治疗原则，选药处方。四诊是辨证施治的具体方法。

望　　诊

用眼睛观察病人叫做望诊。望诊的内容，包括病人的精神、形态、面色、舌苔以及全身各部分出现的异常现象等等。

1．望神：就是观察病人精神的好坏。病人两眼灵活有神，精神不衰，表示疾病还不十分严重，多属实证。病人两眼呆板无神，精神不振，表情淡漠，常表示病情严重，多属虚证。应当引起特别注意。

2．望色：观察病人皮肤、指甲特别是面部的色泽，叫做望色。

面色潮红：多属热证（实热或虚热）。

面色苍白：多属虚证，特别是血虚。

面色萎黄：多属虚证，特别是脾胃虚。

面色暗黑：多属虚证，特别是肾虚。

黄　　疸：病人眼白发黄，严重的全身皮肤也发黄，多是湿热。

3．望舌：观察舌苔和舌质的变化叫做望舌。是中医诊断的重要内容之一。

舌苔：正常人舌上有一层薄薄的白苔。生病后舌苔的表现为舌苔增多、增厚或颜色的变化。白苔：多属寒证。黄苔：多属热证。

腻（音泥）苔：舌苔增多，有粘糊状物，叫腻苔，多属有湿，白腻是寒湿，黄腻是湿热。

黑苔：多见于重病，舌苔焦黄舌根黑，多是热盛。黑苔而滑，多属阳虚。

舌质：正常人舌质淡红色而湿润，转动灵活。

① 舌淡：舌质的颜色比正常人淡，是虚证，多见于血虚。

② 舌红：舌质的颜色比正常人红，是热证或阴虚。舌红而苔黄是实热，舌红而无苔或舌苔剥落是阴虚。

③ 舌紫：舌紫色或有紫斑，多是血瘀。

④ 舌红起刺：多是热证。

⑤ 舌干燥：多是热盛。

⑥ 舌强硬：多见于肝风。

4．望形态：

精神过于兴奋，烦躁不安，睡时肢体展开，不

愿意盖被，多属实证、热证。精神萎靡不振，懒说懒动，睡时屈踡着身体要多穿多盖的多属虚证、寒证。手脚抽动或肌肉颤动，多是风证。手足不灵活一动就疼，多是风湿证。病人面容表现痛苦，用手按着痛处，多属虚寒痛证。肥胖人多痰，体瘦人多火。病人神志不清，两手或如穿针理线或摸衣摸床，是病情危重的表现。

闻　　诊

闻诊包括用鼻嗅气味和用耳听声音。

1．听声音：呼吸气粗，声大音高，甚至乱说乱讲，属实证、热证。呼吸音低，说话气短声音低微的属虚证、寒证。声音粗闷，时打喷嚏是感冒。声音嘶哑是风寒闭肺或肺痨。惊叫的是惊风。嗳气打呃的是胃病。

2．嗅气味：口中有臭味，是胃有湿热。嗳气带腐味的是伤食。痰有腥味的为肺热。痰如脓样而腥臭的为肺痈（肺脓肿）。大便腥臭为湿热。妇女白带或月经有腥臭气味的为湿热。

问　　诊

问诊应当直接问病人。如果病人不能直接回答（例如幼儿或昏迷病人等），则应当问最接近和最了解病人病情的人。

问诊的内容，首先要问清楚病人就诊时的主要症状和同时出现的其他症状，以及这些症状出现的日期与发展变化过程。必要时还要问清过去的有关病史。从中医辨证施治的需要出发特别应当注意问清下列一些情况：

寒热：初病发热怕冷是表证。发热不怕冷而汗出口渴是里证。经常怕冷但不发热是阳虚，长期下午颧面红、掌心热是阴虚。

汗：发热怕冷有汗是表虚。发热怕冷无汗是表实。无发热而汗出叫自汗，是阳虚。睡着出汗叫盗汗，是阴虚。出大汗而粘手如油的，有虚脱的危险。

头身：主要问头痛、身痛的情况。头痛身痛发热怕冷的是外感。头痛头晕时发时止，而且气短身倦的是气虚。再加上面色白、舌质淡的是血虚。四肢关节疼痛或腰痛，遇阴雨天疼痛加重是风湿痹证。

胸腹：胸腹痛没有一定部位，病在气分。痛有一定部位，病在血分。痛时喜按属虚寒证。痛时拒按，是实热证。绕脐痛或腹痛时作时止，腹部起包一条，多属蛔虫症。

饮食：主要问饮食或口味。喜热食多是寒证。喜冷食多属热证。爱吃生米、泥土等异物的是有虫积。口苦多是有热。口淡属虚寒。口甜是湿热。口中觉有酸味是伤食或胃病。

渴：口渴喜冷饮是热证。口不渴或喜热饮是寒

证。大渴大饮是内热炽盛病在胃（阳明），口渴不多饮是湿温证候。

大小便：大便秘结多属实证热证。大便稀薄有不消化食物，多属虚证寒证。尿少色黄赤多属实证热证。尿清长色白，多属虚证寒证。

经带：对妇女应注意问月经及白带情况。经期提前，色鲜红多属血热；量多而色淡多属气虚。月经错后，少腹发凉而痛多为寒证；经色紫红有块，少腹胀痛多为气滞、血瘀；月经量少色淡多属血虚；白带稀薄无味多为脾虚；带下色黄粘稠有腥臭味多为湿热。

切　　诊

切，就是摸和按的意思。切诊包括按脉和摸体表。

切脉（脉诊）：切脉是中医诊断疾病的重要方法之一，应当认真学习，但过去被讲得非常神秘，说成是中医看病的唯一方法，什么病都能从切脉得出结论，这种看法是非常片面的。

切脉的方法：病人手掌向上平放，医生一手食指中指和无名指顺序放在病人手掌横纹下大拇指一侧（桡动脉）。切脉前必须让病人休息一会。食指部位叫寸部，中指部位叫关部，无名指部位叫尺部。切脉时医生思想要集中，调匀呼吸来数病人的

脉搏次数，慢慢体会。

脉象：正常人的脉搏不浮不沉，不快不慢，一呼一吸之间，脉来四次（每分钟约七十二次，古代没有钟表所以医生以自己的呼吸，来计数病人的脉搏），节律均匀。小儿脉搏较成人快。

患病时脉搏变化，常有以下几种：

浮脉：脉来好象浮在皮肤表面，手指轻轻按上就能清楚的感到脉搏的跳动。这种脉多属表证。

沉脉：轻按不明显，重按才感到脉搏的跳动，这种脉多属里证。

迟脉：脉搏慢，一呼一吸之间2—3次，这种脉多属寒证。

数脉：（数音梭，快的意思）脉搏快，一呼一吸之间6—7次，这种脉多属热证。

虚脉：脉来虚软无力，多属虚证。且偏于气虚，阳虚。

细脉：脉来细小如线，这种脉多属于虚证，且偏于血虚阴虚。

实脉：脉象重按，轻按都充实有力，这种脉属于实证。

滑脉：脉搏流利象珠子滑过一样，这种脉多属有痰、伤食，怀孕时也可见到这种脉。

弦脉：脉搏硬而有力，好象按在拉紧的弓弦上，这种脉多属肝病、痛病和高血压病。

紧脉：脉搏紧张有力，如拧得很紧的绳子，这种脉，多见于寒证痛证。

一个人的脉象往往不是单纯一种脉象而是二、三种脉同时并见，如浮而数的为表热。沉而迟的为里寒等。

摸体表主要是：

摸皮肤：皮肤热而有汗，多是实证、热证。皮肤冷而汗多，多是虚证、寒证。

摸手脚：手脚冷多属虚证、寒证。

按腹部：腹部胀满拒按，多属实证。按压反觉舒服，多属虚证。

辨证施治

中医用四诊调查了解病人病情以后，对疾病所表现出来一系列症状进行综合分析，推理、判断，以得出疾病深浅、部位、性质的结论，决定治疗方法，叫辨证施治。这是在认识疾病过程中，通过现象看本质的方法，我们必须掌握。中医对“证”是极为重视的，同一种病，证候不同治疗的方法也就不同，这叫“同病异治”。不同的病如果证候相同治疗方法也就相同，这叫“异病同治”。

八纲辨证

把四诊所得的材料分析归纳为表、里、寒、热、

虚、实、阴、阳，借以概括和辨别疾病的性质、病变部位、体质强弱及病势盛衰，称为八纲辨证。

表里

表里是指人体的内外，以区别病变部位。病在表较轻，病在里较重，病由表进里是病由轻变重，病由里出表是病由重转轻。

表证

某些病邪如风寒等侵犯人体，有一个由表到里由轻到重的过程。表证就是外感疾病的初起阶段，治疗应当用汗法（又称解表法）。

1．表寒：发热怕冷，头痛，鼻塞流清涕，咳嗽痰白，舌苔白，脉浮紧。治法，应当祛风散寒（又称辛温解表），例如用麻黄、防风等药。

2．表热：发热重，怕冷轻，头痛鼻塞与黄鼻涕，咽疼，舌苔薄黄，脉浮数。治疗应当祛风清热（又称辛凉解表），例如用桑叶、金银花等药。

里证

里证是与表证相对的。疾病初期阶段未愈，由浅到深，由轻到重发展，就逐步进入里证。

在表证与里证之间，有一个中间类型叫做半表半里证。里证的范围很广，可以说除了半表半里证之外的病证，都属于里证。

1．里热证：

气分热：发热不怕冷，面红汗多，口渴多饮水，舌苔黄，脉数有力。治疗应当清热，例如用知母、石膏等药。如果见有腹部胀满便秘等证，应加用泻下剂，如大黄、玄明粉等药。

血分热：舌质红绛，皮肤出现红色斑点，咯血、呕血、便血等，或发热或不发热，治疗应当凉血、如用生地、丹皮等药。

2．里寒证：

怕冷，手脚冰凉，出冷汗，脉沉迟，治疗应当用温中散寒，如人参、附子、干姜等药。

3．半表半里证：

病已离开表，但尚未入里，出现一阵冷一阵热，胸胁满闷，心烦欲呕等证者，为半表半里证。治疗宜用和法，如小柴胡汤等。

表证和里证鉴别表

四诊	表证	里证
望	恶寒、发热、舌苔白	恶热、潮热、神昏、呕吐、舌苔黄
闻	鼻塞声重	谵语
问	头疼、身痛、四肢关节疼	腹痛、口燥、胸痞、下利或便秘
切	脉浮	脉沉

寒热

主要指疾病的性质，凡因寒邪引起或因机能衰退所产生的病证均称为寒证。凡因热邪引起或因机体机能亢盛所产生的证候均称为热证。

寒证

在疾病过程中机体反应低沉，表现出一系列"寒象"，如怕冷、手脚凉、喜欢热饮、大便稀薄、小便清长、舌苔白，脉迟等称为寒证。寒证治疗应当用温法。

1. 肺寒：咳嗽喘促痰稀白如泡沫样，舌苔白、脉弦。治疗应当温肺化痰，如麻黄、半夏等药。

2. 胃寒：胃脘疼痛、受凉易发、着热疼痛可减轻，大便稀、舌苔白、脉沉细。治疗应当温胃，如用莫茱萸，高良姜等。

热证

在疾病过程中机体反应亢进，表现了一系列"热象"，如怕热、出汗、口干喜冷饮、大便秘结、尿色黄赤、舌苔黄、脉数等，称为热证。治疗应当用清法。

1. 虚热：主要指阴虚发热，症状有潮热，口干、手足心热、心烦、盗汗、大便干结、小便短而黄、舌质红干少苔、脉细数无力。治法应当滋阴清热。

2. 实热：身热汗出、口渴多饮、烦躁甚则发狂、说胡话、胸腹胀满、大便燥结，舌苔黄厚而干燥，脉沉实有力或滑数。治法宜清热降火。

寒证和热证鉴别表

四诊	寒证	热证
望	神情衰颓、疲乏欲睡，踡卧、面色白、喜闭目、唇淡白、爪甲青紫、舌苔白滑	神色充实、烦躁不安、身轻足暖、目赤浊、唇焦干、爪甲红、舌苔干黄或黑生芒刺
闻	懒言、郑声、咳声重浊	语言响亮、谵语
问	不渴、喜热饮、小便清长、泄泻、口鼻气清	口渴、喜冷饮、小便短赤、大便秘结，口鼻气热
切	脉沉细、迟缓、无力、四肢凉	脉洪数有力、或滑、四肢热

虚实

虚指人体正气（机能）不足体质虚。实指邪气实。虚实主要用来说明邪正力量的对比，虚证较重，实证较轻，虚证难治，实证易治。

虚证

虚就是虚弱的意思，不足的意思，人的身体有抵抗疾病的能力，这种抵抗力叫做"正气"。人体正气不足，气血脏腑虚弱，就是虚证。虚证应当用补法治疗。常见的虚证有：气虚、血虚、阴虚、阳虚、脾胃虚等。

1．气虚：呼吸，稍微活动便觉上气不接下气（气短），头昏乏力，懒说话声音低，汗多，尿多、脱肛、或子宫脱垂，舌淡苔少，脉虚无力。治疗应当补气，如用黄芪、党参等药。

2．血虚：面色苍白，唇、舌、指甲淡白，头昏眼花、心跳、手足发麻、脉细、舌质淡。治疗应当补血，如用当归、熟地等药。

3．阴虚：自觉内热、咽干口燥、大便干结，失眠盗汗，舌红无苔，脉细数而无力，治疗应当滋阴清热，如用元参、生地等。

4．阳虚：怕冷手脚发凉、出冷汗，同时可以有气虚的症状出现，脉沉细。治疗应当温阳，如用附子、肉桂等药。

5．脾胃虚：胃部不适，便不消化食物，疲乏无力，或胃脘及腹部疼痛，痛时喜按，食后疼痛可减轻，妇女或月经不止，舌苔薄，脉细。治疗应健脾如用健脾丸；月经不止用归脾丸等药。

实证

实证：就是邪气实的意思。自然界一切引起人体生病的因素，古人都称为"邪气"，例如风邪、寒邪、湿邪等。邪气侵入人体后，人体正气与邪气进行斗争，因而产生许多症状，就是实证。实证范围很大，在表证、热证、里证、寒证中，也都有属于实证范畴的内容。实证应当用泻法治疗，攻下、利尿、通气、活血、化湿、祛风、清热等方法都属于泻法。

1．气滞：气滞就是气停滞不流通的意思，表现出的症状有胀（腹胀、胃脘胀等），痛（胃脘痛、胁痛、腹痛等），胸闷嗳气等，脉多弦。治疗应当理气，例如香附、木香等药。

2．血瘀：就是血流通不畅的意思。表现的症状是疼痛与瘀肿，疼痛多是刺痛，痛的部位可随瘀血所在部位而不同（如头痛、胃脘痛等），痛的部位固定不变，治疗应当活血化瘀，例如用桃仁、红花等药。

虚证和实证鉴别表

四　诊	虚　证	实　证
望	色暗形瘦、喜就温暖、萎靡不振、唇淡口和、舌质淡、舌苔白	面色赤、或潮红、躁狂不安，口唇燥裂，舌质赤绛，舌苔燥、黄厚
闻	语言低微、呼吸怯弱、喜静少言、气短似喘	言语声高，烦而多言，呼吸气粗，促，痰鸣、大便臭
问	久病、食减、口干、不饮或喜热饮，盗汗、自汗、进食不消化	新病、食欲不振，烦渴引饮、喜凉、无汗、腹胀满、身热便秘
切	脉细、微弱无力	脉浮大、洪实

阴阳

是表、里、虚、实、寒、热的总纲。

阴证

凡属于虚证，寒证，里证多属于阴证（里热证属于阳证）。面色苍白、萎黄、暗黑、精神不振、语声低微、呼吸气短、怕冷、大便稀薄有不消化食物，小便清长，喜欢吃热的食物，腹痛喜按，舌苔白、舌质淡，脉沉细、迟以及外科疮疡不红、不热、不痛（或疼痛轻微）、脓汁稀薄等都是阴症的表现。

阳证

凡实证、热证、表证多属于阳证。面红眼赤，狂躁，呼吸气粗，身热汗出，大便秘结，小便黄赤，口渴喜饮冷，腹痛拒按、舌苔黄、舌质红，脉浮滑、数以及外科疮疡，红肿热痛明显，脓汁稠黄发臭等都是阳证表现。

阴证和阳证鉴别表

四诊	阴证	阳证
望	面色暗淡，闭目恶明，不欲见人身重倦卧，舌苔白滑，神静	面色潮红，喜见人，身轻展卧，舌苔黄厚裂，神烦
闻	少言，声音嘶哑，呼吸气微	多言、声音响亮，呼吸气粗
问	欲得温、口不渴、泻泄、多久病	欲得寒，口渴引饮，便秘，多初病
切	脉沉微、细迟、涩、肢冷	脉浮大、洪数、滑实，肢热

气血

气虚：指全身之气虚，多系久病、重病而正气损伤，其证候为气短、语言低微、自汗、心悸、疲倦无力，饮食减少、尿频、脉虚弱，或脱肛、子宫下垂等证。治法宜补脾、肺、肾气为主。

血虚：指全身之血虚，多因失血过多或脾、胃虚弱，生血不足。其证候为面色苍白、唇甲色淡苍白、眩晕、心悸气短、疲倦无力、妇女月经量少、色淡，脉细无力等证。治法以补血为主。

气血两虚：气虚、血虚的证候同时出现。治法应当气血双补。

病因辨证

病因有：外因（六淫，风、寒、暑、湿、燥、火）内因（七情，喜、怒、忧、思、悲、恐、惊）及不内外因（饮食不节，外伤等）之分。病因辨证，多以六淫为主，它是致成疾病的直接因素，它所引起脏腑病变的产物（如停食，痰，瘀血等）又可作为新的病因，使疾病发展。

风

1．外风：风邪伤于表，有风寒、风热、风湿等。治法，辛散为主，按其性质选用辛温、辛凉，或散风祛湿药。

2．内风：生于里，多因肝阳，肝火亢盛，阴

血虚耗所致，常有头目眩晕、抽搐、振颤、癫狂、半身不遂等证。治法，滋阴潜阳，养血熄风或镇肝熄风。

寒

1．外寒：寒邪伤于表，为表寒证。怕冷重，发热轻，无汗，头疼、骨节痛，舌苔薄白。治法应辛温解表。

2．内寒：寒自内生，多系脏腑阳气衰微所致。治法，温补助阳。

暑

暑：为夏日致病之邪，暑多耗气伤津，且暑挟湿。伤暑轻者，身热汗多，烦渴、倦怠。重者，高热昏倒，肢凉汗冷。治法，清暑益气；重者，芳香开窍。

湿

1．外湿：湿伤于表，发冷发热，头胀如裹，胸闷，体重。治法，发汗祛湿。

2．内湿：多系脾虚而运化功能失常。口淡而粘腻，食欲不振，胸脘痞闷，恶心，泻泄，舌苔厚腻，或表现为痢疾，黄疸等。均属湿热证。宜清热化（利）湿，湿入肌肤则浮肿。宜健脾利湿。

燥

秋燥伤表：微热咽喉干燥、口鼻干燥、干咳，类似伤风。治法宜清凉解热。

燥伤于里：多系热病之后或津液亏耗，口干消渴，唇干裂，尿少便秘。治疗养阴润燥或滋养肺胃。

火

火为热邪，多系风、寒、暑、湿、燥等病因侵害肌体后转化而成。火多属实火。表现为高热、口臭、牙痛、喉痛，口渴思冷饮，腹满尿赤。治法：宜清热泻火。内伤之火则为虚火（虚热），多系气血失调，阴精耗损所致，如阴虚内热，证见虚烦不眠，潮热盗汗，面赤耳鸣，舌干红。治法：滋阴清热或滋阴降火。

食滞（停食）：多系饮食不节，克伤脾胃而引起。治法，急则消食导滞；缓则健脾消食。

痰：痰与脾、肺关系密切，多系内生，如脾阳（脾气）衰弱，水湿不化，凝聚成痰；肺热煎熬津液而成痰。主要证候为咳痰、喘急。痰亦能流窜经络，而见手足麻木，肿胀、瘰疬等。治法：肺热之痰、宜清肺化痰；经络之痰，则宜化痰散结。

气郁（气滞）、血瘀：多系内生的致病因素，气郁则宜理气舒郁；血瘀宜活血化瘀。

基本治法

伟大领袖毛主席教导我们：“**矛盾是普遍的、绝对的，存在于事物发展的一切过程中，又贯串于一**

切过程的始终。”中医把疾病看成是正邪斗争的过程，不仅重视消除致病因素——邪气。而且更重视人体抗病能力——正气。故治疗时，应根据病情，分别采取扶正祛邪或扶正兼祛邪。同时要根据具体病情做具体分析，如同一疾病可因人、因时、因地、因证之不同，采取不同的治疗方法；而不同疾病，只要性质相同，则可采取相同的治疗方法。内服中药治疗疾病的方法，归纳起来有汗、吐、下、和、温、清、补、消八种，称为八法。一般情况下，寒证宜温，热证宜清，虚证宜补，实证宜攻，在表宜汗，在里宜下，半表半里宜和，痰食积聚、瘀血、肿胀宜消。八法具体运用如下：

汗法（解表、解肌）：是用发汗药开泄汗孔，驱除病邪。适用于外感表证，或某些急性传染病初期。汗法可分为：辛温发汗，用辛温解表药，发散在表的风寒；辛凉发汗，用辛凉解表药，发散在表的风热。此外治疗风湿痹证的祛风湿药，夏日伤暑所致的祛暑湿药，均能发汗解表故均用于汗法。

注意：不宜大汗。失血、泻泄、体虚者慎用。

吐法（催吐、涌吐）：是用催吐药物，将病邪吐出。适用于痰涎壅塞，停食呕吐或误吞毒物者。

注意：体虚者慎用。

下法（泻下、攻下）：是用泻下通便药物通便，泻火、逐水、克滞、消积、通瘀、驱虫。适用于便

肠胃实热、腹水，瘀血等证。下法有：

1．峻下：使用作用猛烈的苦寒药物，治疗里实证（如腹水，积滞等）和实热证（高热、便秘）。

2．缓下（润下）：使用作用缓和的润肠药，治疗老人、久病体虚和孕妇肠胃有积滞者。

注意：病在表不可下。用下法必须根据病情和病人体质，选用适当药物和剂量，切忌大泻。

和法（和解）：利用药物之疏通，和解作用，以调节机体内外及脏腑之间的平衡。适用于寒热往来之半表半里证（和解少阳），肝胃不和（舒肝和胃），脾胃不和（理脾和中）及肝气郁结所致的月经不调（调理气血）等。

温法（祛寒、温中散寒，回阳救逆）：是用温热性药物振奋阳气，祛除寒邪。适用于里寒证或里虚寒证（脾胃虚寒，肾阳不足等）。

注意：实热及阴虚津少，舌质红，咽干之虚热证，慎用温法。

清法（清热、降火、泻火）：是用寒凉性药物清热镇静，除烦保津。适用于里热证。里热证有实热、虚热、血热之分。治疗应当分别采用清热、泻火、滋阴，清热凉血等法。

补法（滋补、补养、补益、扶正）：是用有补养作用的药物，增强体力以改善机体虚弱状态。虚有气虚、血虚、阴虚、阳虚之分，表现的脏腑各异，

故用时应根据病情选择。

消法（消散、消导、化滞）：是用消散破积的药物，以消除病体的瘀滞。适用于气、血、痰、食所形成的胀满、积滞、肿块等。气滞或气郁不舒，宜舒肝理气，用理气助消化药。气血凝滞，宜行气活血，用理气药配用理血药。血瘀宜活血化瘀，用活血化瘀药。

按病情及病体情况的不同，八法可单独应用或合并应用，如汗下并用、攻补并用等。

方药知识

中药种类很多，每一种药物的性味功能又各不相同。根据药物性能以及临床证候，又组成了各种方剂（也称复方）。药是方剂组成的基础。方，能体现出药的综合作用，两者关系密切。

中药的一般知识

药性：药性有寒、热、温、凉四种，也称四气。寒性凉性药物，都具有清热解毒的作用，适用于治疗热证；温性，热性的药物，大多具有温中，散寒助阳的作用，适用于寒证、阳虚证。还有一种平性的药物，不论寒证，热证都可应用。

药味：有辛（辣味）、甘（甜味）、酸、苦、咸五种，也称五味。每一种味都有它的特殊作用，如辛

味（麻黄、薄荷）有发汗解表的作用；甘味（党参、甘草）有调养气血的作用；酸味有收敛、固涩、生津止渴的作用（如乌梅、五味子）；苦味有清热、泻火，燥湿、通结的作用（如黄连、大黄）；咸味有润燥、软坚，散结的作用（如芒硝、牡蛎、别甲）。此外还有一种淡味如茯苓、滑石，有渗湿利尿的作用。

升、降、浮、沉：是指药物发挥作用的趋向。升、浮是指药物有升提、发散（包括发汗、止泻、升阳……）等作用；沉降是指药物有降逆、平喘、收涩、泻下等功能。升、降、浮、沉与药物性味有一定关系，辛、甘、温、热药主升浮。酸、咸、苦、寒药主沉降等。

方药的一般知识

方剂的组成及运用：中医方剂组成的方法就是“主、助、佐、使”。主药是方剂的主要药，是针对病人主要症状而起主要作用的药物。助药是指能协助加强主药作用的药物，是主药的助手。佐药是指能减少主药的副作用或协助主药解除一些次要症状的一些药物。使药是指引经药或其它药物，如治上焦病用桔梗；治下部病用牛膝；治四肢的病用桂枝等。在一个方中，主药的分量比较重，其它的药物分量比较轻。在治疗中，药物药量可以适当加减，不是一成不变，如治黄疸的茵蔯蒿汤，茵蔯蒿是主

药，分量比较大，而且在使用该方的过程中，都要应用它。

方剂的剂型：

汤：就是把中药放在药罐内加水煎汤，滤去药渣后服用。也有时用汤剂外洗，治疗某些外科疾病。煎药时要注意：发散药煎的时间要短些；补养药煎的时间要长些；介类药（别甲、牡蛎、石决明）要打碎先煎；芳香药（如薄荷）要后下。有些药（如三七等）研成粉末后，直接冲服。

丸剂：先把药研成细粉，再加上冷开水或蜜做成丸药，也可制成片剂。

散剂：就是把中药研成细末状粉剂，直接用水冲服。

药酒：就是把药浸泡在酒中，经过一定时间药物有效成分溶解在酒内，过滤去渣，即成药酒。

膏药：是将药物通过油类煎熬，加入白腊、黄丹调合成粘性胶质，涂于布上或纸上而成的。膏药常用于外科疾患。

服药及禁忌：

服法：一般汤剂多温服。补养药宜饭前服；泻下、杀虫药宜空腹服；安神药宜睡前服。但急性病不拘时间。一般汤药一剂二煎，分两次服。按具体情况也可多次服。丸药早晚各服一次。

剂数：外感急病，一般服用1～2剂，病去则

止。一般疾病3～5剂。慢性病服5～7剂，以后再根据病情变化，原方或改方服用。

禁忌：孕妇禁忌毒性较大或作用猛烈的药物，如大戟、枳实、厚朴、桃仁、红花、巴豆、大黄等。

服药忌口：服药期间一般应禁食生冷粘腻等不易消化食物或有特殊刺激性食物。热证忌用辛辣油腻；寒证忌食生冷；疖肿及某些皮肤病忌食鱼虾等。

剂量：中药用量应根据病情、体质、年龄及药物性质等具体情况来决定。成人用量在“常用中药”一节叙述。小儿宜酌情减量，一般1～5岁服成人量的四分之一；6～15岁服成人量的二分之一；十六岁以上用成人量。

以上介绍了中医四诊，辨证施治和方药知识的主要内容，中医主要是根据这些方法和基础理论看病的。在接触病人之后，往往发现病人病情有的比较单纯，有的比较复杂。有时会表、里、寒、热、虚、实二种甚至二种以上合并出现，而且在疾病的过程中，可以互相转化。因此在辨证施治的时候，必须注意识别，抓住重点。这些只有通过实践的锻炼，逐步提高才能做到。我们必须遵照伟大领袖毛主席**“从战争学习战争”**的光辉指示，在防治疾病的过程中，认真运用辨证施治的方法，勇于实践，在实践中不断学习，不断提高，**“有所发现，有所发明，有所创造，有所前进”。**

症状診断及急症处理

症状诊断

临床症状是多种多样的，分析症状，考虑诊断时应遵照毛主席“**世界上的事情是复杂的，是由各方面的因素决定的。看问题要从各方面去看，不能只从单方面看**”的伟大教导，对一时不能确诊的病例，除对症处理外，应严密观察病人，详细了解全部病情变化，以便做出正确诊断。一种疾病在它的发生发展过程中，可以产生许多症状，而同一症状又可由多种不同的原因引起。症状与病因之间的关系是比较复杂的，为此对每个症状必须做深入细致的了解分析，既要了解它的发生和发展，又要了解各个症状间的相互关系，这样就有待于详细的询问病史和细致查体，然后对全部症状、体征及其他检查资料加以综合分析，“**去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的思索**”，反对主观地、片面地抓住一点就做结论。

头　　痛

头痛是最常见的临床症状之一。引起头痛的原因很多，常见的原因有：

1．颅内疾病：脑炎、脑震荡、脑出血、脑瘤以及各种脑膜炎等。

2．五官疾病：鼻炎、副鼻窦炎、中耳炎、乳突炎、扁桃体炎、远视、散光、青光眼等。

3．急慢性传染病：流行性感冒、伤寒、肺炎和疟疾等。

4．心血管及泌尿系疾病：高血压病、动脉硬化症、肾炎等。

5．机能性疾病：神经衰弱、偏头痛、癔病等。

6．各种药物中毒、一氧化碳中毒。

诊断

1．询问病史：

（1）　头痛的程度：剧烈头痛见于脑膜炎、高热、偏头痛和高血压；中等程度的头痛见于脑瘤、副鼻窦炎和眼病。

（2）　头痛的部位对鉴别诊断很有帮助。

①　前额头痛：多见于眼、鼻、咽部疾病以及贫血和发热性疾病。

②　侧部头痛：多见于偏头痛、耳部疾病及癔病等。

③　枕部头痛：多见于高血压、尿毒症、脑膜炎、癫痫和蛛网膜下腔出血等。

④　顶部头痛：顶部胀痛如帽状压迫感者，多

见于神经衰弱等。

⑥ 全头痛或位置不定的头痛：多见于脑炎、脑震荡、动脉硬化、神经衰弱、一氧化碳中毒等。

（3） 头痛发生的时间：高血压病的头痛常在早晨发生；脑瘤和副鼻窦炎引起的头痛在上午明显；眼病的头痛，常在下午或晚上，特别是在看书后出现。

（4） 头痛伴随的症状：

① 恶心呕吐：偏头痛时常可伴有恶心、呕吐。流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、脑瘤等可有呕吐而无恶心；鼻部疾病的头痛很少引起呕吐。

② 失眠：神经衰弱、脑膜炎等都可影响睡眠；脑瘤、副鼻窦炎的头痛一般不影响睡眠。

③ 视力减退：青光眼多有视力减退。脑瘤也可能有视力减退。

④ 耳、鼻流脓：过去常流鼻涕或流脓鼻涕的人，见于副鼻窦炎；过去常有耳流脓史的人，则应考虑中耳炎。

2．体格检查：

（1） 体温增高：常见于发热性疾病和传染病，如伤寒、疟疾、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎等。

（2） 血压增高：常见于高血压病及肾性高血压。

（3） 视力：在远视和散光时，可发现视力不正常。

（4） 鼻部检查：副鼻窦炎时，常有局部压痛，副鼻窦炎可发现鼻腔流脓。

（5） 耳部检查：中耳炎时，可有外耳道流脓及鼓膜穿孔。

（6） 咽部检查：扁桃体炎时，扁桃体肿大，表面可有白色分泌物。

（7） 神经系统检查：出现抬颈试验、屈腿直膝试验和划脚掌试验阳性，见于流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎等。

3．机能性头痛的诊断：

（1） 神经衰弱是引起头痛的最常见原因之一，常伴失眠、多梦、情绪不稳定、记忆力减退等症状，诊断时必须慎重排除器质性疾病。

（2） 脑血管运动障碍所引起的偏头痛多见于女性，可能有家族史，多于青春期发病，常有规律性，每周至每月发作一次，中年以后停止。发作前可有先兆，如视物不清、感有水波或亮点在眼前闪动等，随后发生剧烈头痛，伴有恶心、呕吐。发作一般持续几小时至一天，发作间期可无任何自觉症状。

咳　嗽

咳嗽是呼吸系统疾病最常见的症状，可分为有

痰和无痰（干咳）两种。当呼吸道粘膜受到异物和分泌物的刺激时，便引起咳嗽。常见病因有：

1．呼吸系统疾病：上呼吸道感染、感染性咳喘病、肺炎、肺结核、支气管扩张、肺脓肿、支气管肺癌、哮喘以及矽肺等。

2．循环系统疾病：心力衰竭时引起的肺瘀血。

3．传染病：麻疹、猩红热、百日咳、白喉、伤寒、斑疹伤寒等。

诊断

1．询问病史：

（1） 咳嗽发生的情况：急性咳嗽，常见于上呼吸道感染、细菌性肺炎等；慢性咳嗽常见于感染性咳喘病、肺结核等。

（2） 咳嗽的性质：咳声嘶哑常见于急性咽喉炎；干咳见于肺结核初期、结核性胸膜炎；发作时咳声不绝，约持续10～20次，咳后吸气时伴有鸡鸣样的回声，是百日咳的特征。

（3） 咯痰的性质和多少：当体位改变时咳出大量的脓痰，常见于支气管扩张、肺脓肿。支气管扩张症的咯痰，收集在玻璃瓶内静置后可分三层，上层为白色泡沫，中层为混浊的液体，下层为团块状沉渣。肺脓肿的咯痰亦分三层，上层为白色泡沫，中层为棉花条样的黄绿色脓痰，下层为混浊的液体。泡沫样痰常见于支气管哮喘、感染性咳喘病等；铁锈色痰常见于细菌性肺炎；粉红色稀薄的痰常见于心力衰竭引起的肺水肿；紫红色胶冻样的痰常见于肺吸虫病。

（4） 咳嗽并发的症状：

① 发热：高热常见于肺部急性感染；低热常见于肺结核；麻疹、斑疹伤寒初期亦有咳嗽。

② 痰中带血及咯血：痰中带血常见于肺结核等；咳嗽大量咯血常见于支气管扩张、肺脓肿、空洞性肺结核等。

③ 呼吸困难：常见于哮喘、心力衰竭。

④ 咳嗽时伴有呕吐常见于百日咳。

2．体格检查：

（1） 望诊：

① 呼吸运动：两侧呼吸运动都减弱，常见于肺气肿。一侧呼吸运动减弱，常见于胸膜炎、气胸、肺不张。

② 胸廓：桶状胸常见于肺气肿。锁骨上下窝凹陷的常见于肺结核。

（2） 肺部检查：肺部听到湿性罗音，叩诊无改变的，病变可能仅限于支气管范围。如果叩诊有浊音且语颤音增强时，表明肺实质已有炎症改变。如果叩诊呈实音、语颤音减弱，表明胸腔有积液。

（3） 心脏有杂音或心界扩大应考虑心脏疾患。

呕　　吐

呕吐是常见的症状。是严重疾病的早期表现（如脑膜炎、腹腔各脏器的炎症、急性中毒等），有时是受精神因素影响（精神过度紧张或闻到难闻气味时的呕吐）。因此应作出正确的病因诊断。引起呕吐的常见病因有：

1．中枢性呕吐：多突然发生，呕吐前一般无恶心先兆。呕吐后也不感到轻松。常见的有流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、脑血管意外、脑外伤、重症神经官能症；尿毒症、糖尿病酸中毒、妊娠毒血症；洋地黄中毒、以及氨茶碱药物反应等。

2．周围性呕吐：常见的有胃炎、溃疡病、幽门梗阻、胃癌、胃穿孔、肠梗阻、腹膜炎等。

诊断

1．询问病史：

（1）　呕吐时的动作：呕前无明显恶心，张口就呕出的可能是神经性呕吐。呕前无恶心，但呈喷射状呕出的多为脑膜炎或脑肿瘤。呕前先有恶心难忍，继则呕吐或者自己用手探搅咽部后呕出的多为胃部疾病，或胃内有大量食物蓄积。

（2）　呕吐与饮食的关系：呕吐发生于饭后2～6小时的，可见于胃炎，胃、十二指肠溃疡和胃癌；发生于饭后6～12小时，而呕出前一天所吃

进的食物，多见于幽门梗阻；如果食后尚未到达胃内就发生呕吐，多为食道的疾病，如食道癌、贲门痉挛。

（3）　呕吐物的量：断续地少量的呕吐见于妊娠及胃神经官能症；大量的呕吐见于幽门梗阻。

（4）　呕吐物的性质：呕吐物有酸臭味及隔日的食物，见于幽门梗阻；混有胆汁或粪便见于肠梗阻；混有血液时可能是溃疡病；吐出蛔虫的应疑有胆道蛔虫症。

（5）　呕吐前的病史：有近期内停经史的青年妇女，应考虑妊娠呕吐；呕吐前曾有用药史者应详细询问有无洋地黄和依米丁等过量或中毒情况。过去常有上腹痛史，应考虑溃疡病或胆囊炎。

（6）　呕吐并发症状：

①　发热：头痛及喷射性呕吐，应考虑流行性脑脊髓膜炎和流行性乙型脑炎等。

②　腹泻：应考虑急性胃肠炎等。

③　腹痛：应考虑急性胃炎、溃疡病、阑尾炎或胆囊胆道疾病。

④　黄疸：应考虑传染性肝炎。

⑤　昏迷：应考虑脑膜炎、尿毒症、糖尿病酸中毒或肝昏迷等。

⑥　剧烈头痛：应考虑脑瘤、脑脓肿、脑炎或脑膜炎。

⑦ 已婚的女病人月经突然停止将近2月，则应考虑妊娠呕吐。

⑧ 若服水杨酸盐、氯化铵、氨茶碱和奎宁等药物后呕吐，应考虑药物反应。

2．体格检查：

（1） 有项强、屈腿直膝试验和划脚掌试验阳性，多见于脑膜炎、脑炎、脑血管意外等。

（2） 注意腹部肌肉紧张度和压痛。上腹部有压痛，常见于溃疡病；右上腹部有压痛，多见于胆囊炎或传染性肝炎。

（3） 在腹壁上见到胃蠕动波及肠形的，应考虑为幽门梗阻、肠梗阻。

（4） 腹部触到包块，应考虑肿瘤、腹腔炎症粘连包裹，肠管内的蛔虫团块。

腹　　泻

排便次数增加及粪便稀薄或带粘液以及脓血的称为腹泻。有的一日排便2～3次，也属正常范围。引起腹泻的常见病因有：

1．急性感染：急性胃肠炎、食物中毒、痢疾等。

2．慢性疾患：慢性结肠炎、肠结核、结肠癌或直肠癌及血吸虫病等。

诊断

1．询问病史：

（1） 大便的次数：一般急症或重症肠炎，大便次数每昼夜可达二、三十次，轻症或慢性肠胃疾病每日大便次数一般不超过六、七次。

（2） 大便的性状：大便稀薄如水状，多为小肠腹泻；大便如粥状或稀泥状，则多来源于回盲部病变；大便如"干粥状"多为结肠腹泻。大便含有大量泡沫或有绿色便时，多为小肠消化不良性腹泻；如大便有脂肪样光泽，臭味很重，便中含气较多，每次便量也多，则应考虑为脂肪便，可能来源于胃或胰腺的腹泻。便中含有新鲜脓血而便量不多，且里急后重明显者，多来源于直肠及乙状结肠病变；便中含有大量粘液而无血液，多因慢性功能性结肠病变引起。上述各种粪便性状，有时可混合共有，或前后变化不定。

（3） 与腹泻伴发的症状：急性腹泻同时有剧烈呕吐及腹痛者，则可能是急性胃肠炎、食物中毒等。脐周围或下腹部绞痛者多因小肠有炎症。右下腹痛，病变多在回盲部，应考虑阿米巴痢疾和肠结核。左下腹痛，应考虑细菌性痢疾或结肠癌。腹泻后腹痛不缓解者，应考虑痢疾。腹泻后腹痛能缓解者，应考虑肠炎、肠结核。腹泻同时有里急后重（直肠下坠感）者，一般为细菌性痢疾，肠炎多无里急后重症状。腹泻同时有荨麻疹、哮喘或四肢皮

疹者，可能是食物过敏或其他过敏性疾病引起。

（4） 年龄：肠系膜淋巴腺结核，多见于儿童及青年人；肠结核，多见于青年人；结肠癌和直肠癌多见于老年。

2. 查体和化验检查：

（1） 详细检查腹部：有无压痛、肿块以及肝、脾有无肿大等。左下腹压痛多见于细菌性痢疾。右下腹压痛多见于阿米巴痢疾与肠结核等。如触及肿块，应考虑肿瘤。肝、脾肿大，应考虑血吸虫病，慢性肝病等。

（2） 肛门指诊：对疑似直肠癌的病人，必要时可作肛门指诊。

（3） 便常规：镜检有红细胞、脓细胞者，为细菌性痢疾或结肠炎。阿米巴痢疾可见阿米巴原虫。

黄　　疸

黄疸是由于血液中胆红素增高而引起的巩膜和皮肤发黄。检查时应在充足的自然光线下进行。引起黄疸的常见病因有：

1. 肝脏疾患：传染性肝炎、肝硬化、肝脓肿、肝癌等。

2. 胆道疾患：急性胆囊炎、胆道蛔虫症合并胆道炎、胆石症等。

3. 传染病：钩端螺旋体病等。

4. 其他：胰头癌、新生儿黄疸、先天性溶血性黄疸等。

诊断

1. 黄疸的确定：轻度黄疸仅见于巩膜，应与眼结合膜下脂肪相鉴别。黄疸分布均匀，遍及整个巩膜。而结合膜下的脂肪，多积聚在巩膜近眼角之处，而且分布不均匀，微凸出，多见于30岁以后的中年人。

2. 发生黄疸时，巩膜和软腭粘膜先见黄色，继而遍及全身皮肤，以胸、腹、面部的皮肤更为明显。可与其他原因而致的皮肤黄染相鉴别。

3. 询问病史：

（1） 发病与病程：发病快，黄疸时间不超过一月者，多见于急性传染性肝炎；间歇性反复发作，多见于胆囊炎和胆石症；起病慢，黄疸持续不退且逐渐加深者，多见于胰头癌、肝、胆肿瘤；慢性黄疸时深时浅者，多见于胆石症或胆囊炎等。

（2） 生活史和疾病史：有与肝炎病人频繁接触史，应注意传染性肝炎；最近有吐蛔虫史或大量便蛔虫史，应注意胆道蛔虫症；过去有反复胆绞痛史和黄疸史，应多考虑胆石病；过去有酗酒史，营养不良史或血吸虫病史应注意有无肝硬化；患病前2～4个月有输血史，或服用氯丙嗪及对肝有毒性

的药物时，要考虑血清性肝炎或中毒性肝炎；最近有在沟壕工作史，或在不洁池塘中游泳史的要注意钩端螺旋体病。

（3） 并发的症状：黄疸同时有阵发性上腹痛者，要考虑胆石症、胆道蛔虫症；呈持续性腹痛者，多见于胆道肿瘤；右上腹胀痛或以腹胀为主者，多见于传染性肝炎；皮肤搔痒明显的多见于传染性肝炎、胆石症等；无搔痒的多为溶血性黄疸。

（4） 小便的颜色：出现黄疸后，深黄色尿可见于疟疾；铁锈色尿可见于溶血性黄疸；红茶色尿可见于传染性肝炎；黑色尿可见于黑尿热或肝癌等。

（5） 大便的颜色：出现黄疸后，大便颜色加深，常见于溶血性黄疸；大便颜色发白如陶土色，常见于胆石症、胰头癌等；大便颜色深浅不一，常见于传染性肝炎、肝脓肿、肝癌等。

（6） 注意年龄、性别：一般新生儿有黄疸，可能是暂时性、生理性黄疸，多于7～10天后逐渐消失，若黄疸持续数周以上，且逐渐加重，应考虑有先天性胆道阻塞的可能。年龄大的（40岁以上）要注意胆道或胰头癌肿；胆道蛔虫症引起的黄疸可见于各种年龄。

4. 体格检查：

（1）肝脏的形态：肝脏缩小，为肝坏死或肝硬

化；轻度或中度肿大，质软有压痛，见于肝炎；高度肿大或进行性肿大、质硬、表面不规则，见于肝癌；胆囊肿大，见于胆石症及胰头癌等。

（2） 脾脏肿大：可见于慢性肝炎、肝硬化、疟疾等。

（3） 腹水：黄疸同时伴有腹水，常为肝硬化及肝癌。

（4） 蜘蛛状痣：多见于肝硬化、慢性肝炎。

（5） 贫血：可见于肝硬化的脾功能亢进，慢性肝炎的营养不良等。

肝 脾 肿 大

正常人的肝脏上缘在锁骨中线第五肋间水平，下缘相当于肋弓缘。当深呼吸时，肝的下缘一般不能触及。如果肝脏在肋缘下易于触及，则常表示肝肿大。但须注意和下列两种情况区别：（1）少数正常人的肝脏刚可触及；（2）肝下垂：如肝上缘低于第五肋间而下缘又可触及时，则应诊断为肝下垂（见于内脏下垂的人）。

正常人的脾脏浊音界位于胸部左侧第9～11肋间，宽度4～7厘米。正常脾脏不能触及，如脾脏刚可触及则表示脾已比原来肿大3倍。

引起肝脾肿大的常见疾病有：

1. 肝脏肿大：传染性肝炎、肝脓肿、肝癌、

心力衰竭引起的肝淤血、门脉性肝硬化、胆汁性肝硬化等。

2．脾脏肿大：败血症、疟疾、急性传染病、血吸虫病、肝硬化、白血病、何杰金氏病等。

3．肝脾均肿大：感染性肝脾肿大（疟疾、血吸虫病、黑热病等，小儿的任何感染性疾病）、白血病、胆汁性肝硬化。

诊断

1．询问病史：

（1） 生活地区：是否在长江流域一带居住过或有下水史（血吸虫病）。是否在辽东半岛和山东半岛居住过(黑热病)和疟疾流行区居住过(疟疾)。

（2） 年龄：一般感染以儿童及青年人较多；肝硬化多见于中年人；肝癌多见于中年以上。

（3） 发热：疟疾隔日或隔二日发热伴寒战、出汗；黑热病有长期不规则发热，且体温每日可有二次升降；败血症和肝脓肿均有弛张热；血吸虫病在急性期亦有长期发热；癌组织坏死也可发热。

（4） 黄疸：疟疾、肝炎可出现黄疸；胆汁性肝硬化有反复黄疸发作史；肝癌则黄疸进行性加深。

（5） 腹痛和腹泻：肝脓肿时，右上腹疼痛剧烈；淤血性肝肿大和肝癌时，亦可有右上腹疼痛；胆汁性肝硬化，过去常有反复的黄疸和腹痛发作；

阿米巴肝脓肿和血吸虫病常有腹泻史。

（6） 出血：白血病、血小板减少性紫癜，可有皮肤出血及内脏出血；黑热病常有鼻出血；肝硬化可有食道静脉曲张破裂出血。

（7） 心率：心率快，呼吸困难，下肢水肿，常见于心力衰竭引起的肝淤血。

2．体格检查：

（1） 一般情况：肝硬化、肝癌、黑热病患者，常有明显消瘦；疟疾、白血病患者常有贫血；慢性肝炎及肝硬化患者的皮肤可有蜘蛛痣。

（2）肝脏触诊上的变化：

① 大小：肝脏一般向下肿大，肿大超过脐平者很少见。肝脏向上肿大，常见于阿米巴肝脓肿或肝癌。

② 硬度：传染性肝炎及中毒性肝炎肝脏质地柔软；肝硬化、肝癌时质地坚硬。

③ 边缘：肝硬化时，肝脏边缘锐利；肝淤血时则厚钝。

④ 结节：肝硬化时表面呈小颗粒状；肝癌时表面呈大小不等圆形突出的结节。

⑤ 压痛：肝淤血及肝炎时肝压痛范围较广；肝脓肿时压痛较局限。

（3） 脾脏触诊上的变化：

① 肿大程度：脾肿大以白血病所引起者为最

大、其次黑热病、血吸虫病、晚期肝硬化等；疟疾引起的脾肿大并不太大，经治疗后可略缩小。

② 质地：急性传染病所致的脾肿大质软；疟疾、白血病、门脉性或胆汁性肝硬化的脾肿大，质地坚硬；黑热病引起的脾肿大质地为中等硬。

③ 压痛：急性传染病引起的脾肿大常有压痛，慢性脾肿大常无压痛。

（4） 门脉高压症状：腹水、脾肿大、腹壁静脉曲张和食管下端及直肠静脉曲张均为门脉高压的症状。可见于门脉性肝硬化、肝癌等。

（5） 肝功能试验有变化，可助诊断。

水　肿

血管外组织间隙有过量的液体时称为水肿，可分为全身性及局部性水肿。常见的病因有：

1．全身性水肿：

（1） 心脏性：各种心脏病心力衰竭时。

（2） 肝脏性：肝硬化等。

（3） 肾脏性：急、慢性肾炎等。

（4） 营养不良性：缺铁性贫血、钩虫病等。

（5） 内分泌性：甲状腺机能减退（粘液水肿）。

2．局部性水肿：

（1） 静脉阻塞性：胸腹腔肿瘤等。

（2） 淋巴阻塞性：丝虫病。

（3） 感染中毒性：蜂窝织炎及毒蛇咬伤等。

（4） 过敏性：血管神经性水肿等。

诊断

1．询问病史：

（1） 水肿发展情况：心脏性水肿多在下午出现于下肢或踝部，然后逐渐上延至全身；肾脏性水肿，先出现于眼睑，然后遍及下肢和全身；肝脏性水肿，见于下肢，多伴有腹水；营养不良性水肿，先见于下肢，然后遍及全身。

（2） 过去有腰痛、尿少、血尿病史时，应注意肾脏性水肿。

（3） 过去有在劳动后心悸、气短、不能平卧等病史或有慢性咳嗽、咯痰病史时，应注意心脏性水肿。

（4） 肝脏病的水肿可有肝炎及黄疸病史。

（5） 有长期腹泻、发烧等消耗性疾病史，应注意营养不良性水肿。

（6） 女性病人在月经期前也容易出现水肿，因此应注意询问水肿出现的时间是否周期性出现，与月经期有关否。

（7） 水肿在用药后或在摄取某种食物后出现时，应注意过敏性水肿。

2．体格检查：

（1） 水肿的部位：

① 全身性水肿：见于肾炎、心力衰竭、营养不良性水肿。

② 眼睑或颜面：见于肾炎早期，局部感染和小儿患百日咳时。

③ 身体上部：有持久性或渐进性水肿，多为上腔静脉的阻塞或纵膈肿瘤所致。

④ 胸、腹壁或腰部：如伴有局部发热及压痛时，则为局部感染所致，如脓胸、肝脓肿、肾周围脓肿等。

⑤ 两侧下肢：见于肾炎、心力衰竭、肝脏病，营养缺乏性水肿（慢性腹泻、肿瘤、热性传染病后）、妊娠及卵巢囊肿压迫静脉时。

⑥ 限于一侧下肢：可能有血栓形成或淋巴系统的阻塞，见于淋巴管阻塞，丝虫病或蜂窝织炎等。

（2） 水肿的性质：

① 水肿压之凹陷见于肾脏和心脏病的水肿；水肿非凹陷见于丝虫病和甲状腺机能减退。

② 局部有红、肿、热、痛则多为炎症所致。

（3） 注意心脏扩大，心杂音，肝脾肿大，肝脏压痛等。

（4） 如全身性水肿能除外心脏病或营养不良等原因，须检查尿蛋白、尿沉渣，必要时检查肝功能。

急症处理

急症都有发病急，来势凶的特点，若处理不及时，能在短时间内引起死亡。因此，在抢救过程中，要遵照伟大领袖毛主席**“救死扶伤，实行革命的人道主义”**的教导，用高度的政治责任心，作到**“完全”“彻底”**为人民服务。同时还要遵照毛主席**“我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作”**的教导，充分发挥人的积极因素，利用现有的设备，千方百计地创造条件，进行必要的急症处理，然后再根据需要和病人情况护送病人到卫生院作进一步抢救。

发　　热

发热是临床上最常见的症状之一，引起发热的原因很多，临床上常见有下列几方面：

1．急性传染病：

流行性感冒、流行性脑脊髓膜炎、细菌性痢疾、伤寒、斑疹伤寒、麻疹、白喉、猩红热、流行性乙型脑炎等。

2．感染：

肺炎、扁桃体炎、泌尿路感染、胆囊炎、败血症、急性乳腺炎、产褥热、丹毒。

3．寄生虫病：

疟疾等。

4．药物反应：

磺胺、巴比妥、青霉素、链霉素等过敏反应。

5．其他：

风湿病、结核病、波状热、手术后发热、烧伤、中暑、胸霍荡、甲状腺机能亢进症等。

诊断

1．询问病史：

（1） 起病急、病程短的有流感、伤寒、斑疹伤寒、败血症、风湿病、疟疾、脑炎、脑膜炎、胆囊炎、泌尿路感染、痢疾以及小儿传染病（麻疹、水痘、猩红热、白喉）。

（2） 长期发热的有结核病、波状热、亚急性细菌性心内膜炎、副鼻窦炎、胆囊胆道炎、肾盂肾炎、甲状腺机能亢进症。

（3） 发热伴有咳嗽、咯痰、胸痛及呼吸困难者，应考虑肺脏及胸膜疾病。

（4） 发热伴有腹痛者，应考虑阑尾炎、急性腹膜炎、子宫内膜炎。如伴有腹痛及腹泻者应考虑痢疾、肠炎等。

（5） 发热伴有腰部疼痛、尿频、尿急者，应注意泌尿路感染、肾结核。男性病人伴有排尿疼痛者应注意前列腺炎。

（6） 发热伴有头痛、呕吐、惊厥以及昏迷者，应注意脑神经系统疾病，但小儿在发热时也常出现惊厥。不可与脑神经系统疾病混淆。

2．体格检查：

（1） 观察发热的类型：

① 稽留热

体温较高，通常在39℃以上。每日波动范围不超过1℃，可见于伤寒、斑疹伤寒、细菌性肺炎等。

② 弛张热

体温高度不一，早晚相差1℃以上，但不降至正常。可见于败血症、泌尿路感染和肝脓肿等。

③ 消耗热

一日间体温波动很大，高时达40℃以上，低时可到正常以下，见于重症结核病及严重的败血症。

④ 间歇热

发热期和无热期有规律地出现，每隔1～2日交替一次，见于疟疾。

⑤ 波状热

体温逐渐上升，两三周后逐渐下降，10余日后又再度发作，呈波浪状，见于波状热。

（2） 注意患者的神志意识、呼吸及紫绀等情况，如病情严重，而找不到感染病灶时，应考虑粟粒性结核或败血症。

（3） 皮疹

应注意皮疹出现的时间、形态及分布的部位等。

① 麻疹

皮疹是在发病后第四日开始出现，呈大小不一的斑丘疹，有融合趋向，但疹间皮肤正常。有明显的上呼吸道症状及麻疹斑。

② 猩红热

在发病后2～3天，全身皮肤在普遍充血的基础上，出现小点状红色斑疹，1～2日内即可遍及全身。斑疹有时融合成片（但患者口围苍白），有明显的咽峡炎及草梅舌。

③ 风疹

发病后1～2天出现皮疹，形状呈多样化，一般类似麻疹，但较小，很易融合成片，皮疹于2～3天内消退，不留痕迹。

④ 水痘

先出现皮疹或发热一日以后出现水痘，迅速变为疱疹，于3～5日内新皮疹仍继续不断分批出现。

⑥ 斑疹伤寒

于发病后第5天起，首先在胸腹部出现浅红色斑疹，直径1～3毫米。压之可退色，此后，患者一般状态更加转重。

⑥ 伤寒

有的病例虽然在胸腹部也可以出现小的丘疹，但仅有数个或数十个，结合全身症状和其他发疹性疾病易于区别。

（4） 瘀点

是皮下出血的小斑点，它和皮疹完全不同，皮疹是突起或不突起的小丘疹，压之退色；瘀斑是不突起的、压之不退色的出血点，大小不等，形状不一，发生在败血症、流行性出血热、钩端螺旋体病、亚急性细菌性心内膜炎等。

（5） 药物过敏

除有各式各样的皮疹外，有时也伴有发烧，因此要注意了解病史及用药情况。

（6） 黄疸

发热伴有黄疸常见于肝胆疾病及败血症。

（7） 淋巴结肿大

发热伴有局部肿大及触痛者，可能为局部感染、结核性淋巴腺炎。若全身性肿大，则应考虑结核病、血液病等。

（8） 头及颈部

注意口腔咽部有无充血和扁桃体红肿。副鼻窦有压痛，如副鼻窦炎。外耳道流脓和乳突处压痛，如中耳炎。

（9） 胸部检查

有发烧、咳嗽、咯痰及肺部听到干、湿罗音，

要考虑肺部感染；心脏瓣膜区听到杂音，应考虑心脏疾患。

（10） 腹部检查

有发热及触痛者，应注意腹膜炎、阑尾炎、胆囊炎；肝脏肿大应考虑急性传染性肝炎、肝脓肿、肝癌；脾脏肿大应考虑疟疾、伤寒；肝脾均肿大应考虑败血症，粟粒结核。

（11） 有项强、瘫痪等神经系统症状，应考虑脑膜炎、脑炎、脊髓灰质炎；有发烧及昏迷，不伴有项强或瘫痪时应考虑败血症、细菌性肺炎。

（12） 仅有发烧及全身不适，没有其他自觉症状，检查未发现异常，如果是急性发病，时间短的（2～3天），应考虑上呼吸道感染及流感；时间长的（数个月），应注意结核病；有发热并伴有明显的肌肉酸痛及关节痛时，应考虑风湿病。

治疗

卧床休息，鼓励病人多饮水，病情严重不能饮水或有脱水现象者，可静脉补液。吃流质饮食。

1．新医疗法：

新针：针刺合谷、曲池、大椎，体壮者强刺激，体弱者中刺激；放血疗法（见218页）；拔火罐（见210页）。

2．中草药：

（1） 因感染，发高热，患处有红、肿、热、痛，或痛有定处、面赤、舌苔薄黄等热症者宜清热消炎。

蒲公英、紫花地丁各1～2两，双花5钱，黄芩3钱，菊花3钱，水煎服。

（2） 因传染，高热烦躁、咽痛口干或有皮疹、舌燥苔黄等症者宜清热解毒。

连翘5钱，板蓝根2两，生石膏2两，生地5钱，丹皮4钱，麦冬3钱，水煎服。

（3） 因外感，畏寒、高热、口干咽痛、舌苔薄黄者宜辛凉清热。

桑叶3钱，连翘5钱，牛蒡子、薄荷、桔梗各3钱，甘草1钱，水煎服。

以上各方是随症临时处理，确诊后按有关疾病再辨证施治。

3．体温过高时应对症处理，以减轻痛苦。

（1） 退热

① 物理降温

冷水毛巾敷头部、躯干，或50%酒精擦浴。

② 退热剂

阿斯匹林或复方阿斯匹林口服，安乃近口服或肌注。小儿还可用50%安乃近液滴鼻，成人可用50%安乃近液0.2毫升作曲池穴位注射。

某些疾病出现高热（尤其是伤寒、麻疹等），给退热药须慎重，一般可试给较小剂量，以免出大汗

而至虚脱。

（2） 镇静

高热并烦躁不安者（尤其是小孩），应给镇静剂，如氯丙嗪或异丙嗪25～50毫克口服或肌注。儿童：0.5～2毫克/公斤/次，口服或肌注。

4. 病因治疗：

如诊断基本明确，给予特殊治疗；如诊断不明确，根据下列原则治疗：

（1） 对症处理后，密切观察。

（2） 在一般情况下不要滥用抗菌素，若白细胞计数增高者，可用抗菌素。

（3） 若当时当地正流行某种急性传染病，病人又有可疑类似情况时，可先按该病处理，以免耽误。

（4） 长期发热未能确诊，可按最可能的疾病作试验治疗。

小儿惊厥

惊厥（抽风）是一种征候群，为小儿常见的急症，最多见于6岁以下的小儿，年龄愈小，愈易发生。临床所见为发作突然，时间短暂或持续性的全身或局部肌肉强直性或阵发性抽搐、口角抽动、牙关紧闭、口吐白沫、眼珠上转或固定，呼吸不规则或暂停，面色及口唇发绀，可伴有意识丧失、大小

便失禁等。

病因

1. 先天性畸形：头小畸形，脑积水或脑发育不全等。

2. 感染：病毒性脑炎、细菌性脑膜炎、破伤风、脑型疟疾及神经系统以外的感染如中耳炎、痢疾、肺炎、败血症等。

3. 颅内出血及其后遗症。

4. 癫痫。

5. 代谢紊乱：手足搐搦症、低血钙、低血糖、尿毒症、酸中毒等。

6. 药物或食物中毒等。

诊断

惊厥为一危急征象，家长多带小儿急诊就医，当我们检查的时候，不一定见到惊厥现象。有时偶而看到小儿一些急剧动作而被家长误认为惊厥，所以检查时应详细询问病史（有无发热、有无产伤或颅部外伤史；出生后的生长发育情况、喂养情况。小儿惊厥与年龄有很大关系，必须引起注意），及追问小儿的抽搐状态，以决定是否发生惊厥。

1. 发热情况：

（1） 发热惊厥大都为感染引起，常见的有化脓性脑膜炎、结核性脑膜炎、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎及神经系统以外的感染，如细菌性

痢疾、肺炎、败血症等。

（2） 无热惊厥常见的有手足搐搦症、低血钙、低血糖，少数病例可见颅内出血、大脑发育不全、癫痫、脑外伤或药物及食物中毒等。

2．年龄：

初生～1月内：常见的有颅内出血、破伤风、败血症、高热惊厥等。

2～6月内：常见的有手足搐搦症、大脑发育不全、脑出血后遗症、高热惊厥、各种脑膜炎。

7月～2岁内：常见的有高热惊厥（上呼吸道感染较多见）、各种脑膜炎、手足搐搦症。

2岁以上：常见的有高热惊厥（细菌性痢疾与中毒性肺炎较多见）、各种脑膜炎、脑炎、高血压脑病、癫痫。

3．季节：夏秋季多见流行性乙型脑炎、细菌性痢疾等；冬春季常见流行性脑脊髓膜炎、手足搐搦症等。

4．过去有否类似发作？如高热惊厥和癫痫则可有反复发作史。

5．体格检查：

（1） 抽搐时注意神志是否清晰及抽搐的情况。

（2） 瞳孔是否等大，不等大者如脑瘤。

（3） 有否脑膜刺激症状、囟门凸起等，阳性

者如颅内疾病。

（4） 身体各部有无感染病灶与皮疹，如细菌性肺炎，有肺部实变病灶；流行性脑脊髓膜炎、败血症则有出血点。

治疗

静卧于软床上。松解衣襟，侧卧使口腔分泌物易于流出。以纱布裹压舌板，使口张开，防咬伤舌头。吸痰，保持呼吸道通畅，必要时给氧。呼吸迸住而窒息者应即行口对口呼吸。

1．新针疗法：

曲池，中刺激；阳陵泉，强刺激。亦可加刺人中，强刺激。或针刺人中、合谷、或合谷透后溪，还不好时针后溪、太冲、风池。

2．中草药：

单验方：

（1） 天竺黄2钱，勾藤3钱，水煎服。

（2） 全蝎5分，朱砂2分，共研成细末，分二次服；薄荷2钱，煎汤送下。

（3） 猪胆汁（半茶匙）或用鸡胆一个，泡开水灌下。

辨证施治：

（1） 热症惊厥：病初发热、无汗、突然惊厥，宜解表清热、镇惊。银花3钱，连翘2钱，防风1.5钱，菊花、薄荷各1钱，蝉蜕5分，钩藤3

钱，生石决明5钱（先煎），水煎服。如高热数日不退，出汗、口渴、烦躁谵妄、舌红而干、惊厥者，则宜清热镇惊。生石膏（先煎）、生石决明（先煎）、生地各5钱，知母3钱，丹皮1.5钱，赤芍1钱，鲜菖蒲、勾藤各3钱，水煎服。

（2） 无热惊厥：多为慢性阵发性惊厥，宜镇惊熄风。天麻、蜈蚣、全蝎、僵蚕各等分，共研成细末，每次5～7分，每日三次，可连服1～2周。并要找出原因，针对病因，随证治疗。

3. 抗痉药物：

正当惊厥发作时，应一次给予足量以控制发作，继用维持量以防再发。可选用下列药物中的一种，无效时再换药或联合应用。

（1） 苯巴比妥钠，一次8～10毫克/公斤，肌注。

（2） 水合氯醛，可与上药同用，一次40～60毫克/公斤，口服或灌肠。

（3） 异戊巴比妥钠（阿米妥钠），一次5毫克/公斤，用5%葡萄糖液或生理盐水稀释至20毫升静脉缓注，注射过程中如抽搐停止，应立即终止注人，

（4） 硫喷妥钠一次10～15毫克/公斤，用2.5%溶液肌注，或1%溶液缓慢静注。静注时应密切观察呼吸情况，抽搐停止立即终止注入。注意不要注射过快或用量过大，以免引起喉痉挛及呼吸

衰竭，万一发生时应立即停药，行人工呼吸。

（5） 应用上述各药的同时，可给氯丙嗪肌注或静注以加强疗效，剂量一次为1～2毫克/公斤。

4. 脱水疗法：惊厥反复发作不止时易有脑水肿，可静注50%葡萄糖液20～40毫升或20%甘露醇1克/公斤。

5. 病因治疗：根据临床各种检查，找出原因，针对原因进行治疗。

腹　痛

腹痛是内、外、妇、儿各科常见的重要症状之一。凡病人诉有腹痛发生，即说明已有腹部脏器的功能性或器质性疾病存在，或者是身体其他部位的病变，已涉及到腹部器官，因此，我们应紧紧抓住这一线索，认真查找其产生原因，以便迅速得出正确的诊断，对原发病进行有效的治疗。

1. 询问病史：

（1） 腹痛部位：

明确腹痛开始时和现在的部位，可要求病人用手指出腹痛最剧烈的部位和范围。一般腹痛最剧烈的部位，大多数是病变的部位。

① 上腹部痛：

往往是因胃或十二指肠疾患，或肝左叶疾患引起，最常见的有急性胃炎、慢性胃炎、胃痉挛、胃

或十二指肠溃疡等。

② 右上腹部痛:

多为肝和胆道的疾患，最常见的有急慢性肝炎、肝脓肿、肝癌、肝瘀血、急慢性胆囊炎、胆道蛔虫症、胆石症等。

③ 左上腹部痛:

多是脾脏或胰腺疾患，常见的有脾周围炎、胰腺炎、胰体癌等。

④ 右下腹部痛:

往往是阑尾盲肠或女性生殖器疾患。最常见的有急、慢性阑尾炎、回盲部结核、阿米巴痢疾、伤寒、限局性腹膜炎、右侧盆腔炎或卵巢囊肿蒂扭转等。

⑤ 左下腹部痛:

主要是乙状结肠或女性生殖器疾患，常见的有细菌性痢疾或阿米巴痢疾、溃疡性结肠炎、左侧盆腔炎或卵巢囊肿蒂扭转等。

⑥ 脐周围部或脐下腹部痛：常常是小肠或膀胱及子宫疾患，最常见的有肠蛔虫症、小肠炎、肠梗阻、膀胱及子宫的炎症或肿瘤。

⑦ 全腹部痛：常是小肠或腹膜疾患，最常见的有肠绞痛、急性小肠炎、肠梗阻、结核性腹膜炎、急性泛发性腹膜炎等。

但在起病之初，腹痛有时是从其他脏器反射来的，如心绞痛和心肌梗死的牵涉痛，常先发生于中

上腹部或左上腹部；肺下叶细菌性肺炎或横膈胸膜炎，常引起同侧腹部的牵涉痛，必须针对原发病进行病因治疗。下腹部脏器的疾病，也有表现为其他部位疼痛的，如阑尾炎的初期，腹痛有时表现为上腹部痛或胆囊区痛，胆囊炎或胆石症的牵涉痛常在右肩或肩胛区。

（2） 腹痛性质:

了解腹痛的性质，对病变脏器和病变性质的诊断，帮助也很大。

① 如胃、肠、胆囊等空腔脏器因气体、液体或胆汁等淤积过多，可表现为胀痛；因功能异常而蠕动亢进时，则其疼痛性质多为阵发性痉挛性绞痛。

② 肝、脾、胰腺等实质性脏器的病变，多表现为持续性钝痛或闷痛；若肝脾等实质性脏器，因炎症，充血或肿瘤等引起迅速肿大时，由于包膜紧张，可呈现持续性胀痛。

③ 腹膜和浆膜的炎症，多表现为刺痛，且每于体位变动、深大呼吸、咳嗽时明显增重。用手触按时痛亦显著，如有反跳痛，可为腹膜炎症的重要根据。

④ 胃粘膜的急慢性炎症，仅限于粘膜层而没波及肌层及浆膜的，多表现为灼痛或刺痛。

另外还要注意腹痛性质的改变，若腹痛突然减轻甚至消失或阵发性疼痛变为持续性疼痛，则病变

有穿孔可能，如急性阑尾炎、胃溃疡病穿孔等。

（3） 起病的快慢：突然发生的腹痛多见于胃溃疡穿孔、肠梗阻、胆道蛔虫症，卵巢囊肿蒂扭转等；逐渐加剧的腹痛多见于急性阑尾炎、急性胆囊炎等。

（4） 腹痛与饮食关系：急性胰腺炎、急性胆囊炎常发生在多吃油腻食物之后；溃疡病穿孔常发生于饱食之后；急性胃肠炎多见饮食不当之后；胃或十二指肠溃疡的腹痛，与饮食的关系更为密切。

（5） 寒热：先有发冷，发热而后有上腹痛者，多见于内科疾病，如肺炎、急性胃肠炎等；先有腹痛而后有发冷、发热、黄疸者多为胆总管炎症或阻塞；急性阑尾炎的早期体温可不高；胆道蛔虫症、急性胰腺炎、急性肠梗阻等，发病初期均无寒热。

（6） 腹痛与恶心，呕吐及腹泻的关系：先有腹痛而后有恶心、呕吐，常见于急性阑尾炎、肠梗阻等；若呕吐发生在腹痛之前，常为急性胃肠炎；阵发性腹痛后发生腹泻多见于急性肠炎；腹痛后无大便、不排气、则多为肠梗阻。

（7） 腹痛发生在腹腔肿块之上，则多为肿瘤破裂出血、腹腔炎症粘连包裹、卵巢囊肿蒂扭转等。

（8） 腹痛发生于停经后1～3个月，有不规则的少量阴道流血或昏厥现象，则可能为宫外孕破裂或先兆流产。

2．体格检查：

（1） 望诊：腹部呼吸运动受限制多见于弥漫性腹膜炎；腹部膨隆则为腹腔内有积气，积液；有肠蠕动波出现，可能为肠梗阻。

（2） 触诊：以手按压局部，疼痛反而减轻者多为胃肠痉挛性疼痛；有局限性压痛多表示有炎症存在；若压痛再伴有肌抵抗、紧张及反跳痛，则说明腹内脏器的炎症已引起腹膜刺激。炎症扩及全腹时，一般仍以原发病灶部位的压痛最重。腹腔内不同物质对腹膜刺激的程度不同：酸性的胃液和硷性的十二指肠液其化学刺激性最强，可出现典型的“板状硬”；下消化道的肠液和脓液引起的肌紧张不一定呈板状；血液的刺激作用较弱，仅引起轻度的肌紧张或抵抗。

（3） 叩诊：出现移动性浊音表示腹腔内有积血、积脓或腹水；若腹痛的同时肝浊音界缩小或消失说明胃肠穿孔后气体进入腹腔。

（4） 听诊：肠梗阻时，肠鸣音亢进，并可听到气过水声或类金属声；腹膜炎时，肠鸣音可减弱或消失。

（5） 直肠指诊：下腹局限性炎症或弥漫性腹膜炎时，直肠前陷窝可有触痛；指诊的指套染血说明肠管有出血，多见于肠套迭，直肠癌等；染脓血

多为痢疾。

（6） 阴道检查：有无阴道流血，了解子宫大小，附件有无包块，触痛等。急性输卵管炎时，两侧输卵管肿大伴有触痛。卵巢囊肿扭转时，一侧穹窿有触痛性肿物。

治疗

1．诊断未明确前：

（1） 新医疗法：新针同“肠炎”；耳针（见165页）；点穴按摩（见224页）；手针（即胃肠痛见175页）。

（2） 严密观察病人的全身情况如体温、脉搏、血压等；局部体征的变化如腹痛、压痛、肌紧张的程度和范围等。

（3） 禁用泻药、灌肠、注射肠蠕动刺激剂（如新斯的明）和吗啡类止痛剂。

（4） 如有休克应立即抗休克治疗。

（5） 纠正水、电解质紊乱及酸硷中毒。

（6） 病情较轻者可进食；病情较重，伴有恶心、呕吐及腹胀时禁食，或放胃管，用注射器抽出胃肠内的气体和液体。禁食者输液，取半卧位。

（7） 有感染表现，如体温及白细胞升高时给抗菌素。

（8） 腹部绞痛发作时可试给阿托品肌注或静注卤硷液，也可酌给少量镇静剂。

（9） 配合其他对症治疗。

（10） 有明显局限性压痛、反跳痛及腹肌紧张，体温和白细胞升高者，若病因不明，须紧急手术探查。

（11） 诊治过程中，腹痛症状不缓解，并发现体温升高，脉快弱，血压有下降趋势或休克时，若诊断不明确，亦应考虑手术探查。

2．诊断明确后，针对不同病因及时采用不同的治疗方法。

昏　　迷

由于内在或外来的各种原因，使机体中枢神经系统受到严重抑制，患者意识，感觉及运动完全丧失，对外界事物或刺激失去反应而呈昏迷状态。昏迷是病情严重的征象，应及时抢救。常见病因如下：

1．脑与脑膜疾患：脑出血、脑栓塞、脑血栓形成、蛛网膜下腔出血、流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、脑肿瘤、癫痫等。

2．各种中毒：一氧化碳中毒、安眠药中毒、食物中毒、有机磷农药中毒、苦杏仁中毒等。

3．传染病：败血症、中毒性痢疾等。

4．疾病末期：尿毒症、肝昏迷、各种原因引起的酸中毒等。

5．头颅外伤：脑震荡、脑挫伤、颅底骨折等。

诊断

1. 询问病史：向家属或了解病情经过的人详细询问以下各点。

（1） 过去病史：有无肾炎、高血压、心脏病、癫痫、糖尿病等。

（2） 注意发病时环境，有无一氧化碳中毒的可能，有无头部受伤经过，有无接触毒物（如田间施药）或服用过某种药物。

（3） 起病急或缓，突然发生者多为脑出血、脑栓塞、癫痫或脑炎。缓慢发生者可因尿毒症、肝昏迷和各种中毒引起。

（4） 昏迷前是否有发烧、头痛、呕吐、抽搐等病史。

2. 体格检查：

（1） 年龄：青少年常见的有流行性脑脊髓膜炎、癫痫、流行性乙型脑炎、中毒等；老年人常见的有脑血管意外。

（2） 呼吸节律和气味：糖尿病中毒的呼吸深而慢，有苹果气味；尿毒症呈深大呼吸或潮式呼吸，能嗅到尿碱气味；有鼾声的呼吸常见于脑血管意外、癫痫等。

（3） 皮肤：皮肤及巩膜有黄染或蜘蛛痣的可能为肝昏迷；有出血点应注意败血症或流行性脑脊髓膜炎；颊部、口唇、指甲床呈樱桃红色的为一氧化碳中毒。

（4） 头部：头皮外伤、颅底骨折时耳鼻可流血或流出水样液体；中耳炎可引起化脓性脑膜炎或脑脓肿；脑出血时两眼向脑病侧偏斜；有机磷农药中毒，瞳孔缩小如针尖大；两侧瞳孔不等大，可能为脑外伤、脑栓塞，对光反应迟钝出现于深度昏迷。

（5） 颈部强直，抬颈和屈腿直膝试验阳性者，表示有脑膜刺激症状。

（6） 心脏有杂音，心律不齐，应考虑脑栓塞。

（7） 血压高，常见于脑血管意外以及慢性肾炎、尿毒症；血压低，常见于休克。

（8） 瘫痪：面部肌肉不对称，一侧肢体瘫痪，表示对侧脑部有病变，常见于脑血管意外及颅内肿瘤。

3. 有条件者，可作血、尿常规以及脑脊液检查等，有助于诊断。

治疗

细心护理，注意保暖，仰卧而头偏向一侧，以免舌后缩；若舌后缩，应将舌用舌钳拉出，以免窒息。多翻身以防褥疮，但怀疑有脑水肿、脑疝者应少动颈部。注意口腔清洁，可用浸蘸漱口药水（如1:5000高锰酸钾溶液）的纱布擦口腔，每日2～3

次。除去口腔异物如假牙等，清除呼吸道痰液。高热者可用物理降温，有尿潴留时可导尿，必要时留置导尿管。采用鼻饲或输液，以维持营养。

1. 新医疗法：新针（见159页）；点穴按摩（见226，228页）；放血疗法（见218页）。

2. 中草药：

（1） 高热神志不清，手足抽动，用牛黄丸，每次一粒，每日1～3次，开水冲服。

（2） 高热神志不清，痰涌气急，用至宝丹，每次一粒，每日1～3次，开水冲服。

（3） 高热神昏谵语，烦躁发狂，惊厥，用紫雪丹，每次5分～1钱，每日1～3次，开水冲服。

（4） 突然昏倒，痰延壅盛，人事不省，用苏合香丸，每次一丸，开水冲服。

如患者吞咽困难应宜慎用，避免咽入气管内。必需时可用鼻饲法。

呼吸困难

呼吸困难是一种病理的呼吸现象。患者有呼吸不畅，空气不够用的感觉和各种呼吸费力的体征。检查时出现有呼吸次数增加，幅度加大加深，重者尚可出现呼吸辅助肌紧张和发绀现象。常见的病因有：

1. 心脏疾病：各种心脏病所引起的心力衰竭。

2. 肺部疾病：肺炎、肺气肿、肺不张。

3. 胸膜疾病：胸腔积液、气胸。

4. 气管、支气管疾病：异物吸入、肿瘤压迫、支气管哮喘、百日咳。

5. 咽喉部：白喉、急性喉炎。

6. 酸中毒：尿毒症、糖尿病。

7. 其他：严重的贫血、高热、癔病。

诊断

1. 询问病史：

（1） 如有咳嗽、咯痰、咯血、胸痛和发热等症状，则可能为呼吸系统疾病。

（2） 心脏性的呼吸困难在早期时发生于劳动以后，至晚期发生心力衰竭后则在安静时也可出现。

（3） 突然发生呼吸困难，在小儿要想到吸入异物的可能，在肺结核患者则应考虑气胸。

（4） 发作性的呼吸困难常见于支气管哮喘，多伴有哮鸣；左心衰竭的呼吸困难多在夜间发生。

2. 体格检查：

（1） 意识障碍甚至昏迷，呼吸慢而深，有时患者的呼吸由浅渐深，再渐变浅，然后停止片刻或数秒钟又周期性的由浅至深，再变浅而暂停。这种

不规律呼吸称为潮式呼吸，是疾病到了晚期的征象，常见于脑血管意外、糖尿病昏迷、巴比妥类中毒、有机磷农药中毒等。

（2） 吸气性呼吸困难：呼吸困难主要在吸气时，可见于喉或气管的狭窄或阻塞，如白喉、急性喉炎和异物吸入等。吸气时带有喘鸣。

（3） 呼气性呼吸困难：呼吸困难主要在呼气时，可见于肺气肿和支气管哮喘。呼气时杂有哮鸣音。

（4） 混合性呼吸困难：呼气和吸气均感困难，呼吸次数增加，是由于肺部气体交换面积减少所致。可见于肺炎、胸膜腔积液和各种心脏病的心力衰竭。

（5） 深大的呼吸：常见于尿毒症、酸中毒。

治疗

1. 中草药：

（1） 发热喘急、咳嗽胸闷、痰黄粘稠、舌苔薄黄，宜清热平喘。麻黄2钱，杏仁3钱，石膏1两，甘草2钱，连翘5钱，黄芩3钱，水煎服。

（2） 畏寒咳喘，痰稀白呈泡沫状，喜热饮，舌苔薄白，宜祛寒平喘。麻黄、五味子、半夏各3钱，细辛1.5钱，干姜2钱，水煎服。

（3） 心悸气短、口唇紫绀、面色皖白、四肢不温、浮肿、脉微细，宜温阳复脉。附子5钱，党参5钱，白朮3钱，茯苓5钱，肉桂2钱，麦冬、生地各4钱，炙甘草3钱，水煎服。

2. 找出病因对原发疾病进行治疗。

3. 保持呼吸道通畅，有痰液瘀积的可用大的注射器接在橡皮导管上将痰液吸出。如急性喉炎、喉白喉引起的必要时可行气管切开。

4. 因肺部炎症引起的要用抗菌素控制感染，因支气管哮喘引起的用缓解支气管痉挛药（参阅“支气管哮喘”）。

5. 胸腔内有大量积液引起呼吸困难时可排液。气胸时可减压。

6. 心力衰竭引起的使用毒毛旋花子甙K（参阅“心力衰竭”）。

7. 高度呼吸困难、紫绀严重的可吸氧。

8. 呼吸中枢有受抑制现象的用呼吸中枢兴奋药：洛贝林3毫克肌注，可拉明0.375克肌肉或静脉注射，必要时可重复注射。

9. 呼吸已接近停止，则需立即做人工呼吸。

咯　　血

咯血是指肺或支气管出血而言。咯血量可多可少，多的成口咯出，少的仅痰中带血。常见的咯血病因有肺结核、支气管扩张、肺脓肿、肺癌以及二尖瓣狭窄等。

诊断

1．咯血和呕血的鉴别：

	咯　　血	呕　　血
前驱症状	是咳出的，咯血前常有咽喉发痒或血腥气。	是呕出的，呕血前有恶心及上腹部不适感觉。
血液性状	咳出血液为鲜红色，泡沫状，常混有痰。	呕出的血液色暗红或褐色，混有胃液或食物等。
血痰	咯血停止后，可有持续性血痰。	一般无血痰。
粪便颜色	粪便颜色正常。但是若大量咯血，血液吞入胃中，也可使大便发黑。	粪便呈柏油状（漆黑发亮）。
病史	有呼吸系统或心脏病史。	有溃疡病或肝硬化病史等。

2．询问病史：

（1）过去病史：以往曾有多次类似咯血史者多为肺结核、支气管扩张或心脏病；过去有心脏病史常有心悸、气短、浮肿，咯血前增重，不能平卧者多为心脏病；年龄在40岁以上，咯血用各种药物效果不好，病情日渐恶化者，应考虑肺部肿瘤；平日或咯血前先有齿龈、鼻腔出血以及皮下或粘膜等处有紫癜者，应先考虑血液病。

（2）病程：咳嗽病程短者应考虑肺炎、肺脓肿等；数年以上的慢性咳嗽史者应考虑肺结核、支气管扩张、心脏病等。

（3）痰的性质：咯痰呈铁锈色的多见于大叶性肺炎；若污秽脓性痰中混有血液或大量鲜血者，多为急性或慢性肺脓肿；若血痰混于黄灰色痰中，多为支气管扩张；若血痰单独存在不混有更多痰液，多为肺结核或早期支气管扩张。

3．体格检查：

（1）在锁骨上、下或肩胛间区听到细湿罗音常见于肺结核；肺下部听到固定性湿罗音的见于支气管扩张及肺脓肿。

（2）二尖瓣狭窄的心尖部有舒张期杂音。

治疗

患者应卧床休息，就地治疗，尽可能不远途运送。劝慰病人解除焦虑不安。

1．新针疗法：主穴：鱼际、尺泽、足三里；备穴：少商、列缺。

2．中草药：

（1）白芨粉1～2钱，冲服，每日3～4次。

（2）百合5钱，白芨3钱，白茅根半斤，水煎服。

（3）白矾8钱，儿茶1钱，共为细末，加糖

少许，每次服2～3分，每日四次。

（4） 仙鹤草1～2两，水煎，日服二次。

（5） 花蕊石3钱，生蒲黄2钱，血余炭1钱，共为末，每次服1钱，每日四次。

3．镇静与镇咳：如苯巴比妥0.03克，每日三次；复方甘草合剂10毫升，每日三次；咳嗽重时可用咳必清25毫克，每日三次口服。

4．止血药：维生素K_3 3.84毫克，每日2～3次；安特诺新口服或肌注。6—氨基己酸10毫升静注或肌注。

5．大量咯血，立即皮下注射可待因0.03克（小儿0.5～1毫克/公斤），好转后改为口服。严重情绪不安者，可肌注盐酸异丙嗪等镇静剂。如上法无效，用脑垂体后叶素5～10单位溶于25％葡萄糖20毫升中缓慢（约15分钟）静脉注射。或溶于5％葡萄糖液500毫升中静脉滴注。如咯血不止，可6～8小时重复一次。注射中如出现面色苍白、以及有便意感时，可将注射速度再减慢或稍停，若仍不能耐受时则停止注射。有高血压、动脉硬化性心脏病、肺原性心脏病、心力衰竭及妊娠时均禁用。

6．窒息抢救：若因咯血较多而引起呼吸道阻塞，或因咯血过多引起喉头或气管痉挛而发生突然窒息时，应使病人取头低足高位，轻轻拍击背部，使血液由气管咳出，并设法吸出血块或痰液，必要

时可行气管切开等急救措施。

7．如因大出血出现休克时，按休克处理。

8．积极进行病因治疗：如肺结核用抗结核药治疗，心力衰竭用强心剂。

9．咯血完全停止后一周才可起床活动。

上消化道出血

上消化道指食道、胃、十二指肠及上部小肠而言。这些部位的血管破裂出血表现为呕血或黑便。常见的病因有胃及十二指肠溃疡病与肝硬化所致的食道静脉曲张破裂；其他如胃肠道的恶性肿瘤等亦可引起出血。

诊断

1．询问病史：

（1） 上消化道出血的确定：病人往往是把呕血、咯血，甚至把口腔、鼻咽出血经口腔吐出的统统叫“吐血”。所以问诊时首先应弄清出血的部位，详查口腔、鼻腔、咽部、齿龈等有无出血迹象，再结合病史、体征等确定“吐血”究竟是从口腔、咽、鼻出血而吐出的，还是从肺内咯出或从胃内呕出的。

服用某些药物如硫酸低铁、活性炭、中药和血丹均可使大便颜色变黑，应注意排除。

呕血应与咯血鉴别（见“咯血”）。

（2） 过去病史：一般呕血前有周期性上腹部痛史、嗳气、返酸史者，或在呕血前曾有黑便史者，应多考虑慢性胃炎或溃疡病；如年龄较大，又有胃病症状，最近明显恶化，消瘦显著者应注意胃癌；过去有腹胀，肝区痛，突然发生呕血，呕血后反觉腹胀减轻者，应考虑肝硬化。

（3） 呕血或黑便：以黑便多见，出血量多少不等，见于溃疡病；主要表现为呕血，血色鲜红，量常很大，见于肝硬化食道静脉曲张破裂；持续性黑便，见于胃癌；一般的呕血、量少而持续可见于食道癌。

（4） 反复黑便常见于溃疡病；一次大量呕血常见于肝硬化。

2．体格检查：

（1） 腹软，上腹部多有压痛，常见于溃疡病。

（2） 皮肤有蜘蛛痣、肝掌、肝脾肿大、腹壁静脉曲张、腹水，见于肝硬化（胃底及食道静脉曲张）。

（3） 消瘦，上腹部有肿块，左锁骨上窝淋巴结肿大，腹水，恶病质，见于胃癌。

（4） 消瘦，恶病质，常见于食道癌。

治疗

处理上消化道大出血的病人时，应使患者绝对

静卧，尽量少搬动病人，可注射镇静剂如苯巴比妥钠（肝硬变患者慎用）或异丙嗪。严密观察有无继续出血，定时测脉搏、呼吸、血压。呕血较多时应禁食，经12至24小时后可进流食。食道静脉破裂出血者，须绝对禁食，由静脉补充营养与液体，至出血止后48小时方可进流食。

1．中草药：

呕血：

（1） 仙鹤草1～2两，水煎服，每日一剂。

（2） 白芨、乌贼骨各等分，为细末，每次服1～2钱，每日3～4次。

（3） 侧柏叶5钱，焙干研面，用小米汤调服，日服二次。

（4） 松树塔7个，真红茶3钱，水煎白糖引之。

便血：

（1） 水芹菜汁一杯，日服三次。

（2） 五灵脂（炒）8钱，用水醋调煎服。

（3） 鸡冠花1两炒焦，研末，开水冲服，每次1钱，日服2～3次。

（4） 椿皮、茜草各1两，水煎服。

（5） 乌梅50个，煅焦研末，开水冲服，日分三次。

2．情绪紧张者可给镇静剂，如盐酸异丙嗪

25～50 毫克，肌肉注射或口服。

3. 止血剂：可用维生素 K_3 3.84 毫克，每日 2～3 次，肌肉注射；或安特诺新 10 毫克，每日 2～3 次肌肉注射。6—氨基已酸10毫升静脉注射。垂体后叶素（尚有降低门脉压的作用，故常用于肝硬化时的出血）用 5～10单位加25%葡萄糖液20毫升，缓慢（约15分钟）静注。必要时可重复注射，或溶于 5 %葡萄糖液 500 毫升，静脉滴注。

4. 溃疡病人可给硫酸阿托品 0.5 毫克肌注，或颠茄酊口服。同时给碱性药如氢氧化铝凝胶10毫升，每日三次。

5. 输液输血：根据失血量及血压、脉搏情况，必要时可输血。休克的治疗参阅外科疾病“休克”。

6. 如经上述治疗无效，应考虑紧急外科手术。

七、地 方 病

克山病、大骨节病、地方性甲状腺肿、波状热和慢性地方性氟中毒，是我省的地方病。在旧社会，这些地方病残酷地摧残着病区劳动人民的健康。解放后特别是无产阶级文化大革命以来，广大革命医务人员遵照伟大领袖毛主席“**应当积极地预防和医治人民的疾病**”的伟大教导，在病区轰轰烈烈地开展了防治地方病的群众运动，取得了巨大成绩，发病率显著减少，急性病人得到了及时的救治，保障了工农业生产的迅速发展。

随着社会主义革命和社会主义建设事业的深入发展，病区广大人民对于地方病防治工作提出了更高的要求，而叛徒、内奸、工贼刘少奇及其在卫生部门的代理人却极力推行反革命修正主义卫生路线，把大量的人力、物力放在城市，捧出一些资产阶级“专家”、“权威”，散布“地方病是不治之症”等谬论，妄图用“洋奴哲学”“爬行主义”阻挡防病灭病群众运动的滚滚洪流。无产阶级文化大革

命推毁了以刘少奇为首的资产阶级司令部。工人阶级登上了上层建筑斗、批、改的政治舞台，显示了无比强大的生命力。贫农铁匠、共产党员刘绍显同志发现的卤硷疗法，就是最生动、最有力的证明。卤硷疗法成功地征服了被资产阶级"权威"判为"不治之症"的克山病等，它和其他行之有效的新医疗法和中草药等相配合，已使成千上万的病人解除了多年被地方病危害的痛苦，恢复了健康，投身到"**抓革命，促生产，促工作，促战备**"的伟大斗争中去。这些伟大成果最生动地颂扬了战无不胜的毛泽东思想的伟大胜利，同时有力地批判了"洋奴哲学""爬行主义"等反革命修正主义黑货。当前，地方病区的面貌正在发生着翻天复地的变化，具有强大生命力的群众性防病灭病运动必将取得更加伟大的成就。

克　山　病

是一种以心肌病变为主并伴有全身改变的地方性疾病。流行于东北和华北、西北的部分地区。多发于山岳丘陵地带，特别是偏僻地区。各型克山病终年均可发生，但有明显的季节性，急性型更明显。发病率从10月到次年4月，特别是严寒的12月和1月为高。儿童及生育期妇女多见。临床上分为

急性型、亚急性型、慢性型、潜在型。

诊断

有病区居住史。除外其它心脏病或其它病引起的心脏改变。并应注意与其它疾病合并存在的可能。临床上最基本的表现是休克和充血性心力衰竭。

1．急性型：往往有一定诱因，如寒冷、烟熏、过劳、情绪激动、暴饮暴食等。

（1）轻症：周身不适、迷糊、心难受、恶心、心慌、气短、胸闷、手脚发麻等。体征有脉搏增速或偶有减慢，血压可偏低，第一心音低钝，轻度收缩期杂音，以及心律不齐等。

（2）重症：起病急，病情重，变化快，有多变、易变、突变的特点。主诉有头昏无力、心难受、恶心、频繁呕吐、吐物可有胆汁（吐黄水），心慌、气短、胸闷、咳嗽、口渴、怕冷并有恐惧感，有时有腹痛。体征有面色灰暗、紫绀、呼吸困难、烦躁不安、体温下降、四肢厥冷、皮肤潮湿，脉搏数、细弱或不整，甚至摸不到，血压明显下降或测不到、脉压差小等休克状态。但意识清楚。体征有心界扩大，心律失调，心音减弱（特别是第一心音），轻度收缩期杂音等心脏改变。肺部有小水泡音。严重者可出现心跳停搏、抽搐，导致急死。

2．亚急性型：发病较缓，无既往史，有休克

及充血性心力衰竭表现。多见于小儿。

3．慢性型（痨型）：主要为充血性心力衰竭，可由急性型转变而来，亦可不经急性型缓慢发展为慢性型。有心慌、气短、咳嗽、上腹部胀痛、饱满感、食欲不振、周身不适、无力、迷糊、恶心、呕吐、心难受等。体征有紫绀、颈静脉怒张、肝肿大、肝颈静脉回流征阳性、浮肿、心界扩大、心音减弱、收缩期杂音、心律失调，肺部干、湿罗音，血压偏低及脉压差小等。

慢性型急性发作：除原有体征外还有急性型改变。

4．潜在型：不知不觉中发病，或由急、慢型转化而来。常无自觉症状，或有一时性的周身无力、头晕、恶心、心难受、胸闷、上腹部不适等。多在体力活动时有心慌、气短。体征可有心界轻度扩大，心音低钝而弱，轻度收缩期杂音，心律不齐。儿童多有腹痛、食欲不振、不爱玩等。

5．小儿克山病：常出现腹部症状，腹痛、便秘或腹泻，甚至呕吐中带蛔虫或便中排蛔虫等，容易误诊为蛔虫症，也有时以咳嗽、气急、喘息、紫绀及肺部罗音等为主要表现，易误诊为呼吸系统疾病，但经仔细检查，多能发现一些心力衰竭、末梢循环衰竭的表现。

预防

1．积极开展以除害灭病为中心的爱国卫生运动，加强饮水管理，改良水质，改进居住条件使能防寒、防烟、防潮，改变不利于健康的饮食习惯，适当加强营养，加强身体锻炼。

2．及时掌握发病情况，做到早发现、早报告、早治疗，定期复查。积极普遍的开展卤碱治疗（对慢性型、潜在型），实行群防群治，并不断总结经验，为**“抓革命，促生产”**，保障贫下中农身体健康贡献力量。

3．饮水及食物中加放卤碱。

治疗

1．新针：内关、神门、定神（位鼻唇沟下三分之一与上三分之二交点处）、合谷、间使。对急性型治疗，两侧同时进针，强刺激大幅度捻转。

卤碱治疗：慢性型用1～3克，每日三次，1～2个月为一疗程（可从小剂量开始），或用10%卤碱注射液10毫升加入25%葡萄糖液40～60毫升中缓慢静注。亦可用10%卤碱注射液10～30毫升加到10%葡萄糖液500毫升中静点。

2．中草药：

单验方：

（1）樟脑1钱，薄荷冰2分，甘草1钱，共研为细末，匀三次服，白开水送下。

（2）干姜4钱，附子5钱，党参3钱，白芍4

钱，大葱5钱，白糖1两，水煎服。

（3）党参4钱，附子5钱，干姜2钱，桃仁、红花、甘草各1钱，水煎服。

辨证施治：

（1）急性、亚急性型：

① 病初，症见头痛、头眩、恶心、呕吐、心悸、气短、恶寒、四肢麻木，脉沉细，宜温中益气，强心活血。

干姜7钱，淡附子1.5两，细辛1.5两，炙麻黄7钱，共研成细末，贮瓶中备用。成人每次服5分（小儿酌减），急性每30分～1小时服一次，连服8～10次。病情缓解后，可改为6小时一次，至自觉症状消失，脉由沉细到缓大为止。潜在型，每日2～3次，二周为一疗程。

② 如头昏无力、心难受、烦躁不安、心悸、气短、呕吐频繁、四肢厥冷、脉沉伏涩结或无脉者：

淡附子、甘草、干姜、寸冬各3钱，人参、桃仁各2钱，红花1钱，水煎服，每4小时一剂，顿服。

（2）慢性型：头眩倦怠、心悸少气、食欲不振、全身乏力、血亏不寐、脉沉弱不正者，宜益气养心，扶阳强心。

炙黄芪2钱，人参、白术、炙甘草、当归、熟地、寸冬、枣仁各3钱，茯神、远志、菖蒲各2钱，附子、肉桂、干姜各1钱，共研为细末，炼蜜

为丸，每丸重2钱，每次一丸，一日三次，白开水送下。或水煎，每4小时一次。

（3）潜在型：时有心悸、气短、脉结代者，宜益气养心为主。

炙甘草2钱，生地、寸冬各3钱，干姜1钱，水煎服。

3．急性型治疗：急性克山病病势危急，必须遵照伟大领袖毛主席“**我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作**”的教导，采取有效措施进行救护；鼓励病人消除顾虑，增强战胜疾病的信心，保持安静，减少氧的消耗；加强室内通风换气以改变缺氧状态，减轻心脏负担；保持室内温度以利于休克的恢复。

（1）迅速抢救休克：可用大量维生素丙3～10克加入20～25%葡萄糖20毫升中缓慢静注，根据病情需要可重复应用。24小时维生素丙总量可达15～30克。病情好转则可减量，每日一次即可。条件许可亦可用维生素丙3～5克加入10～25%葡萄糖液500毫升中静点，开始时每分钟30滴，血压升到90毫米汞柱后（收缩压），每分钟不超过20滴，注意防止肺水肿，密切观察血压及心肺情况，及时调整液体量和滴速。如血压仍不见回升时，则可加去甲肾上腺素1～2毫克/100毫升，收缩期血压维持在90～100毫米汞柱之间。如上述浓度仍不能使

血压回升，可再加去甲肾上腺素2～4毫克直到休克纠正为止。输入液体总量每日不超过2000毫升。过多则可加重心脏负担发生肺水肿。若已发生应立即停止静点，并应缓慢静注氨茶碱或毒毛旋花子甙。

若无条件点滴时，则可反复缓慢静注高渗葡萄糖液40～100毫升，并加维生素丙以及强尔心（3～5支）。亦可肌注升压药：如恢压敏（硫酸甲苯叔丁胺）20～40毫克（小儿0.5～1毫克/公斤）肌注，或用美速克新命（盐酸甲氧胺）10～20毫克（小儿0.25毫克/公斤）肌注。血压上升后仍不稳定时可在1小时左右再重复肌注前次半量的甲氧胺或恢压敏，每次注射前后均应密切注意观察心脏和血压情况。

（2）纠正心力衰竭可用西地兰或毒毛旋花子甙（用量用法参考“心力衰竭治疗”）。

（3）对症治疗：烦躁不安者可给镇静药，苯巴比妥钠0.1～0.2克肌注，或盐酸异丙嗪25～50毫克肌注。用氯丙嗪时需慎重。对呼吸困难乏氧的有条件可给吸氧。对呼吸衰竭、头晕、血压低的可给中枢兴奋药如强尔心、可拉明、洛贝林等。有继发感染的应积极控制，给予抗菌素治疗。

4．慢性型．除应用卤碱治疗外，可根据心力衰竭与急性克山病治疗原则进行综合治疗。应避免劳累，妇女则应节育。

潜在型：应用卤碱治疗，注意劳逸结合。提倡计划生育。

大骨节病

是一种慢性地方性疾病。主要侵犯儿童和青年机体发育时期的骨骼和关节系统。成人发病的少见。流行于东北、内蒙古、西北等地区的山岳丘陵地带。以关节疼痛、增粗、运动障碍、肌肉萎缩、管状骨发育障碍和关节畸形为主要表现，妇女则可发生难产。严重危害人民健康，影响抓革命，促生产。

诊断

1．多发生在发病地区6～18岁青少年。病程进展缓慢。受损关节呈多发性对称性分布。

2．病初易疲乏，四肢运动不灵活，经活动后运动才逐渐如常，继则出现关节运动时疼痛及关节摩擦音，关节逐渐增粗变形，握拳后手指不能迅速伸开，指及小腿肌肉痉挛，进而出现萎缩，关节伸屈受限，以指（特别是指、趾近端关节）、膝、踝关节的损害为突出。童年发病者，成年时身材矮小，但头颅及躯干如正常成人。

3．关节软骨可成片、成块剥离，成为关节游离体（“关节鼠”），关节活动时出现交锁（关节伸屈

到某一角度时突然被卡住），或使关节长期不能伸直。

4．鉴别诊断：

（1） 类风湿性关节炎：发病年龄多在20岁以后，有全身症状如发热、贫血，以及关节附近软组织肿胀等。

（2） 佝偻病：多在6个月到3岁发病，扁骨变化显著，如方颅、肋骨串珠、鸡胸、肋膈沟等。

预防

根据发病情况并结合生产，应抓好：

1．保护、管理好现有水源，改良水质，如引泉入屯、凿深水井等。养成喝开水的习惯。

2．改造住区周围自然环境，如开发沼泽草甸子为稻田等。

3．加强营养，特别是对发育中的儿童与青年减少发病率和控制疾病进展有一定好处。

治疗

注意病变关节的保护，避免外伤，局部保温。儿童患者应结合实际情况，加强营养，增强体质，使病变不再发展。关节痛可热敷或在必要时用止痛药。

1．新医疗法：

（1） 卤碱治疗：每次1～2克，每日三次。儿童每次1～1.5克，每日三次。

（2） 针刺：按关节疼痛部位选用穴位；拔火罐。

2．中草药：

（1） 穿山龙5钱，用白酒1斤浸泡六、七天，每顿饭后一酒杯。

（2） 川乌、草乌、牛膝、木瓜、杜仲、桂枝、甘草各3两，浸酒2斤，成人每日一次20毫升，20天为一疗程，休息10天再服。小儿忌用。

（3） 马钱子1斤3两（高温炮制，以免中毒），闹羊花6两2钱半，乌梅1斤，僵蚕1斤2两半，血竭花、乳香、没药、麻黄各3两7钱半，牙皂、木香各6钱，麝香6.5分，制成3厘小丸，成人一日服1～4丸，逐渐增量。

3．停止进展而有游离体影响运动功能，经常出现“交锁”现象或剧烈疼痛妨碍劳动的，可考虑手术。

地方性甲状腺肿

俗称“气脖子”、“粗脖根”。是由于缺碘引起的代偿性甲状腺肿大。具有地方性，多发生在离海较远的山区。女性多见。

诊断

1．颈前部粗大，在吞咽唾液或食物时，与喉

结一起上提的肿物，是肿大的甲状腺。依其肿大的性质分为：弥漫型、结节型和混合型。

弥漫型甲状腺肿：颈前部均匀性增大，表面光滑，质地柔软。多为青年病人初起时的表现。

结节型甲状腺肿：腺体两侧肿大的不一样或只一侧肿大，质地较坚硬，且有大小不等的结节，边缘清楚。

2．显著肿大时可压迫邻近组织和器官，产生呼吸不畅，干咳（气管受压），少数可有吞咽困难（食管受压），声音嘶哑（喉返神经受压）等症状。

3．一般无全身症状。应与毒性甲状腺肿相鉴别。毒性的易于激动、烦躁、怕热、多汗、心慌、失眠等，有的可见到眼球突出。这些症状是甲状腺功能亢进的表现。

预防

1．发病地区（由粮食部门，配合供应）食用加碘食盐，即每10公斤食盐中加碘化钠或碘化钾0.5克即成。因碘易挥发，所以要注意保存（装入罐内、盖严、放于阴暗干燥处），以便长期吃用。

2．经常吃些海带，海藻等含碘较多的食物。青年特别是妇女在妊娠或哺乳期更应常吃。

治疗

1．新医疗法：

（1） 新针（见159页）。

（2） 卤碱治疗：3～6克，分二次服，30天为一疗程，休息五天，再服一个疗程。

2．中草药：

（1） “五海丸”(成药)，每日1～2丸。

（2） 海带煎汤经常服用。

（3） 海藻、海带、昆布各等分，每次1钱，每日三次。

（4） 夏枯草3钱，昆布、海藻各5钱，槟榔片3钱，共为细末，每次1钱，每日二次。

3．碘剂：早期疗效好，如已形成结节者疗效差。碘化钠或碘化钾10～15毫克/日，20天为一疗程，然后每隔3～4月再给一疗程。这样间歇治疗一年左右。或用复方碘溶液，每日1～2滴，2周为一疗程，隔3～4月给药一次，间歇治疗一年。要注意碘剂过量或长期服用可造成甲状腺功能亢进。

4．干甲状腺制剂：用于孕妇患此病者。每日60～180毫克，分二、三次服。三周为一疗程。

5．结节型甲状腺肿有压迫症状者或疑有恶性变者，应考虑手术治疗。

波 状 热

本病是由布氏杆菌所引起的一种人、畜共患的地方性传染病，又名布氏杆菌病。多见于我省西部

草原牧区，其他地区也有散在发生。其主要传染源是病羊，直接接触病畜的流产物和排泄物，是造成传染的主要方式。接触被污染的毛皮、土壤或喝了病畜的奶，也可以感染。我省的羊产羔季节在冬末春初，加上本病有较长的潜伏期，故春季4～5月是人发病的高峰。

诊断

本病以长期发热、出汗、全身无力和酸痛为主要特征，临床表现复杂、病程较长、时好时坏，如不彻底治疗，可迁延数年之久。因此，对于具有类似症状的病人，要注意询问有无与病畜接触史，依据流行病学和临床特征进行早期诊断，早期治疗，防止其转为慢性，拖延治愈时间。

1．急性期：

起病类似普通感冒，而后进入急性败血症期，表现为反复发热，大量出汗。本病虽长期高热，但一般状态相对良好，其他体征不明显。发热多在傍晚最高，晨起缓解，持续3周左右，间歇十多天后又开始发热。这种波浪热型，是波状热早期的主要特征。此外，还有全身肌肉酸痛，游走性关节痛等症状。男性病人可出现睾丸肿大，孕妇可发生流产。查体可见颈部和腹股沟淋巴结肿大、肝脾多半可以触到。

2．慢性期：

一般仅感疲倦乏力，不发热或有微热，往往因长期焦虑不安、失眠和全身不适而误诊为神经官能症。还有部分病人有关节运动障碍，肌肉萎缩等症状。

布氏杆菌凝集试验和细菌培养有助于和其它疾病的鉴别。

预防

1．充分发动群众，密切结合农牧业生产，做好疫畜（主要是病羊）的管理，加强防疫措施，控制传染，消灭传染源的传播作用（不是消灭病羊），保护健康畜群，并防止人间疫情的发生。具体措施就是通过检疫发现和隔离病畜，防止疫情蔓延；对健康畜群进行预防接种，提高免疫力，降低发病率。

2．提倡建立羊产羔室，尽量缩小流产物的污染范围和减少人的接触机会，提高羊的成活率。同时，要注意接羔、放牧、饲养以及畜产品加工人员的个体防护。羊的流产物要深埋起来。病畜的乳、肉也要经过消毒处理，以切断其传播途径。

3．羊大批产羔季节之前（秋季），在牧区开展布氏活菌苗预防接种，特别是和病畜接触机会多的人员，必须接种。

治疗

本病病程较长，适当注意休息和营养，可采

早期恢复。

1．新针疗法：

大椎、曲池、阳陵泉、合谷、承山、委中等穴位。

2．卤硷治疗：

对慢性期明显的游走性关节痛病人疗效最好；对睾丸炎、关节肿胀、下肢浮肿疗效也好。成人口服剂量每次2克，每日三次，20天一个疗程，连服2～3个疗程。

3．中草药：

双花5钱，连翘4钱，黄芩3钱，当归尾3钱，赤芍3钱，丹皮3钱，滑石4钱，桃仁3钱，红花2钱，甘草1钱，共研细末，每日三次，每次1～2钱。

加减：痛甚加姜黄1.5钱，海桐皮2钱；关节肿痛加苍尤3钱，萆薢2钱；睾丸肿加川楝子3钱，桔核2钱，猪苓2钱，泽泻2钱；腹满加厚朴2钱，陈皮2钱。

4．急性期病人用抗菌素治疗效果较高，尤以四环素、土霉素为好，发热期间每日服3克，分4～6次服。退热后改为每日2克，15天为一个疗程，休息3～5天后，可连续服2～3个疗程。一般服药数日后，体温即降至正常，全身症状迅速改善，但这时绝不可停药，以防转为慢性。对有睾丸

炎、肝脾肿大的病人，合用链霉素治疗，效果更好，用量为每日1克。

慢性期病人经用抗菌素治疗无效者，可用菌苗疗法（用法参照菌苗说明书）。

慢性地方性氟中毒

本病是由于长期饮用含氟量过高的水而引起的慢性中毒。多见于我省西部草原地区，具有明显的地方性。主要是侵害骨关节运动系统，故又称氟骨症。

过量的氟进入人体后，夺取人体内的有机钙，化合成不溶解的氟化钙，使脊柱骨骼疏松软化。而新形成的氟化钙沉积在关节、韧带和肌腱上，又使之发生钙化和骨化。在身体本身的重力长时间作用下，出现脊柱弯曲变形，四肢大关节僵硬等现象，轻者影响劳动生产，重者甚致残废瘫痪。

诊断

本病以氟斑牙和骨关节运动功能障碍为早期主要症状，结合高氟区居住史，可以早期诊断。

1．氟斑牙（氟釉齿）是本病最早期出现的临床症状，对于早期诊断具有重要意义。牙齿釉质表面有黄色或黄褐色色素沉着，严重者可出现实质缺损，折断和早期脱落（30岁左右就掉牙）等现

象。

2．脊柱骨骼和四肢大关节有不同程度的变形和功能障碍。患者多有腰背痛，四肢痛，严重者出现驼背和肢体畸形，也有因四肢疼痛、肌肉挛缩，关节固定而陷于瘫痪的。妇女患者由于妊娠、分娩、授乳的影响，症状比较严重，常因骨盆变形造成难产。有的患者出现手足搐搦，周身麻木，有蚁走感，眩晕、腹泻、恶心等症状。

3．本病须注意与风湿症或类风湿症相区别。根据本病病变主要在躯干和四肢骨骼大关节，肢体末端小关节很少发病，各关节均无红肿，积液等现象，也没有发热、血沉加快等症状，再结合病史、居住史即可鉴别。

预防

1．原发病区经改良水质一年后，大部分患者病情有明显改变，而且没有明显新患发生，这就充分说明改良水质对于防治本病，有着重要作用。因此，必须坚持用“**自力更生**”的方针，采用土洋结合的办法，结合水利建设，在高氟发病地区，普遍打深水井（井深达地表50米以下）改良水质，预防本病的发生。

2．在尚未打深井的地区，应维修好现有的水井，防止含氟量很高的地表水流入井内污染水源而增加井水含氟量。

治疗

1．针灸、拔火罐和按摩都能减轻疼痛，缓解痉挛，有助于肢体和躯干活动的恢复。

2．中草药：

（1）苍术、五味子、海螺壳（海螵硝、牡蛎、龙骨均可）各等分共研细末，每日服三次，每次服0.5～1钱。

（2）鸡蛋皮焙干研末，每服1钱，每日三次。

3．多种钙片0.9克，维生素丁15,000单位，每日分三次口服。肌肉注射骨化醇40万单位，隔日一次，连用二次。氢氧化铝凝胶4毫升，每日三次，口服。

4．脊柱、四肢骨关节严重畸形者，可考虑作矫形手术治疗。

八、传 染 病

传染病和一般疾病不同，是由细菌、病毒等病原体侵入人体所引起的疾病，可以在短时期内迅速传染给许多人而引起蔓延流行，危害人民健康，影响革命和生产。

在黑暗的旧中国，广大劳动人民饥寒交迫，急性烈性传染病频繁流行，夺走了数以千百万计的劳动人民的宝贵生命。全国解放后，积极贯彻毛主席"**预防为主**"的伟大方针，广泛开展群众性的爱国卫生运动，大力防治传染病，迅速消灭了霍乱、天花和鼠疫等烈性传染病，并控制了其他多种传染病的流行。这是毛主席的无产阶级医疗卫生路线的伟大胜利。但是，叛徒、内奸、工贼刘少奇及其在卫生部门的代理人，反对医疗卫生工作为广大工农兵服务，推行反革命修正主义医疗卫生路线，"重治轻防"，"只治不防"。无产阶级文化大革命彻底粉碎了刘少奇的反革命修正主义医疗卫生路线。我们"赤脚医生"是在激烈的两条路线斗争中成长壮大，一定要遵照毛主席关于"**应当积极地预防和医治人民的疾病**"的伟大教导，努力掌握传染病的防治规律，积极投入群众性的防病治病运动，为防治严重危害人民健康的传染病而斗争。

由呼吸道途径传播的传染病

流行性感冒

简称流感，是由流感病毒所引起的呼吸道传染病。多发于冬末春初气候变化剧烈的季节。因传播快，极易大肆流行。

诊断

1. 可有暴发流行，全村多人同时发病。

2. 起病急、高热、畏寒、剧烈头痛，全身肌肉、关节酸痛。呈急性重病容、颜面赤红、结膜明显充血。鼻塞、流涕、咳嗽、咽痛等上呼吸道症状较轻。体弱者易并发肺炎。

3. 小儿可突然高热、惊厥、昏睡等。

预防

1. 按呼吸道传染病的防疫措施处理。

2. 气候变化时避免着凉，及时增减衣服。病人用具和食器应煮沸消毒。

3. 贯众3钱，水煎，代茶饮。

治疗

适当休息。多饮开水，进流质或软食。

1．新医疗法：

新针（见141页）；拔火罐（见211页）；点穴按摩（见225页）。

2．中草药：

单验方：

（1） 大青叶2两，浓煎，日分四次服。

（2） 双花5钱，菊花、桑叶各3钱，薄荷1钱，板蓝根5钱，日分二次，煎服。

（3） 芦根5钱，菊花、黄芩、杏仁、桑叶、薄荷各3钱，水煎服。

辨证施治：

（1） 恶寒发热、头痛无汗、鼻流清涕、骨节酸痛，以恶寒为主，宜辛温解表。

① 鲜生姜3片切碎，加糖5钱，浓煎，顿服。

② 荆芥1.3两，防风1.1两，桂枝1.3两，麻黄1两，柴胡3钱，甘草2钱，共研成面，每次1钱，一日三次。加减：头痛甚，加菊花1两；咳嗽加桔梗、杏仁各1.5两；痰多加陈皮1.5两。

（2） 发热恶寒、口干咽痛、面红身痛，以发热为主，宜辛凉解表。

① 薄荷2钱，蝉蜕1钱，牛蒡子2钱，水煎

服。如高热不退可加生石膏、双花各3钱。

② 双花、连翘、桑叶、牛蒡子、桔梗各3钱，薄荷2钱，板蓝根5钱，鲜芦根1两，水煎服。加减：如兼腹泻和恶心呕吐时，可加用藿香正气丸，每次2丸，日服二次；咳嗽加杏仁、前胡各2～3钱；音哑加胖大海1钱5分。

3．高热、剧烈头痛可用复方阿斯匹林、安乃近等；咳嗽用复方甘草片；鼻塞可用1％麻黄素或滴鼻净点鼻；咽痛口含薄荷片。病重者、年幼小儿可适当选用抗菌素以防继发感染。有高热脱水者应给补液。

麻　　疹

本病是由麻疹病毒引起的急性呼吸道传染病。好发于冬春，主要见于小儿，患病后有较巩固的免疫力。母亲曾患麻疹者，小儿在生后六个月内很少发生本病。

诊断

1．流行季节，有接触史（潜伏期6～21天）。

2．起病较急，发热不退，咳嗽、流涕、喷嚏、眼红、流泪、怕光、精神差、食欲不好。发病第2～3天，在口腔颊部靠第一臼齿旁的粘膜上出现针头大小、周围有红晕的小白点，称为麻疹斑，为早期确诊的重要依据。

3．皮疹特点：在起病3～5天出现粉红色斑丘疹，先自耳后，颈部开始，渐及面部，然后遍及全身，2～5天出齐。大小形态不一，按压退色，开始散在，以后可融合成片，疹间皮肤正常。出疹时全身症状加重，有时由于循环机能衰竭，突然四肢发凉，皮疹隐退，称“疹毒内陷”，是病情严重的表现。

4．皮疹出齐后若无合并症，则退热，各种症状明显减轻，皮疹渐消退，有糠皮样脱屑和棕褐色色素沉着。

5．并发症：常见者为肺炎、喉炎、中耳炎、角膜软化症、腹泻与脑炎等。

6．鉴别：

（1）风疹：症状较轻，发热，皮疹在1～2天很快出齐，第2～3天就消退。耳后及枕部淋巴结肿大。可对症治疗，预后良好。

（2）幼儿急疹：高热3～5天，热退后才出现皮疹。皮疹多集中躯干，四肢较少。可对症治疗，预后良好。

（3）水痘：皮疹多在头部和躯干，斑丘疹、疱疹、结痂疹同时存在，痒感明显。传染性强，故需注意进行隔离，直到皮疹结痂为止。

预防

必须本着毛主席的教导“完全”“彻底”为人

民服务。把医药送到贫下中农家，进行家庭防治。这样既可避免麻疹患儿出门看病感染其他疾病而加重，又能减少传染给健康儿童的机会。对患儿一定要尽早隔离至出疹后第六天，有并发症者，应延长隔离至疹后第10天。

1．7个月以上易感儿（未患过麻疹的小儿）接种麻疹减毒活疫苗。

2．护理患儿后，在户外（最好在阳光下）停留10分钟左右再接触其他小儿。

3．易感儿体弱者，又已与病儿接触，于潜伏期可肌注成人血（10～30毫升），以避免或减轻感染。如注射较晚时，剂量应偏大。免疫效果只维持3～4周。

治疗

麻疹病人经治疗和良好护理，绝大多数恢复很快，无特殊危害性。如护理不好，可并发肺炎。注意休息，室内人越少越好，不要串门。室内要暖，空气要新鲜。不要忌口，给柔软易消化的食物，多饮水。保持口腔、眼、鼻的清洁，可用温开水稍加一点食盐常洗眼睛和鼻孔。

1．中草药：

（1）疹前期：发热、咳嗽、流涕、眼红畏光、流泪。宜解表透疹。

①连翘、薄荷各1.5钱，荆芥、桑叶、蝉蜕各

1钱，桔梗5分，水煎服。

② 双花、连翘各3钱，鲜芦根1两，紫草、芥穗、牛蒡子各1钱，薄荷5分，水煎服。

（2） 发疹期：高热口渴、咳嗽、皮肤出疹，宜清热透疹。

① 紫草、连翘、牛蒡子、桑叶各1钱，元参、杏仁各5分，水煎服。

② 生石膏、葛根、连翘、牛蒡子、芥穗各2钱，杏仁1.5钱，薄荷6分，水煎服。

（3） 疹后期：疹消热退，咽红口干，宜养阴清热。

① 元参1钱，麦冬2钱，五味子5分，水煎服。

② 沙参、生地、麦冬、桑叶、山楂各2钱，甘草1钱，水煎服。

（4） 合并症

① 肺炎：用麻黄1.2钱，生石膏3钱，杏仁2钱，生甘草1钱，桔梗1.5钱，陈皮1钱，水煎服。重症一日可服二剂，高热加双花3钱，黄芩1.5钱。

② 喉炎：生甘草、桔梗、生地、麦冬各2钱，双花4钱，元参3钱，射干1钱，水煎服。

2. 对症治疗：一般发热不给退热剂，高热时可给小量退热剂。必要时可针刺大椎、曲池或额部冷敷及酒精擦浴。烦躁不安时应给镇静剂，咳嗽重时给镇咳剂。

3. 并发症的治疗：参见小儿肺炎和喉炎治疗。

猩 红 热

本病由乙型溶血性链球菌经呼吸道引起的急性传染病，多发于冬春二季，以2～10岁的小儿为最常见。如不经治疗，可并发心、肾等疾病。

诊断

1. 突发高热、咽痛、咽峡部充血和颈淋巴结肿胀。

2. 起病数小时后即出现皮疹，自耳后、颈部开始，24小时内遍及躯干与四肢。皮疹呈弥漫性猩红色细小斑丘疹，红晕一片，压之退色。在皮肤皱折处红疹聚集成线（线状疹），压之不退色。口唇周围有苍白圈。舌乳头粗大色红，称草莓舌。一周左右皮疹消退。

3. 疹退后2～5星期，躯干及四肢可见大张脱皮，无色素沉着。

预防

1. 在流行季节儿童不要到人多拥挤场所。

2. 隔离病人（从发病日起隔离七天）。

治疗

1．中草药：

单验方：

（1） 蒲公英1～2两，水煎服，每日一剂。

（2） 板蓝根1两，双花5钱，生甘草3钱，水煎服。

辨证施治：

（1） 病初发热、头痛、咽红作痛、发疹时，宜辛凉清热，消炎。

银花5钱，连翘3钱，蒲公英1两，大青叶5钱，赤芍3钱，射干1.5钱，桔梗2钱，生甘草2钱，水煎服，每日一剂。

（2） 病中高热、疹遍全身、舌质绛红时，宜清热凉血，解毒消炎。

银花3钱，大青叶5钱，石膏1两，知母2钱，生地3钱，丹皮3钱，竹叶、赤芍各2钱，生甘草1钱，水煎服，每日1～2剂。

（3） 疹退后，宜清凉生津。生地3钱，元参2钱，麦冬3钱，竹叶1.5钱，生甘草1钱，水煎服，每日一剂。

2．轻症或青霉素过敏小儿可用磺胺噻唑或磺胺嘧啶，一日150～200毫克/公斤，加等量碳酸氢钠合用，分四次口服。

3．严重时用青霉素钾盐20万单位肌注，每六小时一次；病情减轻后用普鲁卡因青霉素40万单位肌注，每日一次，用7～10天。

百　日　咳

本病是由百日咳杆菌引起的小儿急性呼吸道传染病。典型症状是出现阵发性痉挛性咳嗽。病程可长达2～3月，婴儿易并发肺炎。好发于冬春两季。

诊断

1．有与百日咳病人接触史（潜伏期一般7～14天）。

2．病初有微热、咳嗽、流涕等上呼吸道感染症状。

3．起病约一周后咳嗽逐渐加重，呈阵发性、痉挛性咳嗽。发作时连续阵咳十余声至数十声。咳后吸气时伴有鸡鸣样回声，易引起呕吐。

4．剧咳可引起舌系带溃疡（出牙的患儿）及面部轻度浮肿。

预防

1．7岁以下易感儿注射百日咳菌苗。

2．呼吸道隔离至痉挛性咳嗽开始后30天。

3．避免烟呛诱发咳嗽，适当地户外活动，但注意不要着凉。

治疗

室内空气流通，避免烟尘等不良刺激，注意护

理及营养，吃易消化的食物，如咳嗽后呕吐，可重复进食。

1．新医疗法：

新针（见157页）；耳针（见166页）；拔火罐（见212页）。

2．中药治疗：

（1） 50%马齿苋糖浆100毫升，每日四次，三天量。

（2） 牛蒡子、桔梗、前胡、马兜铃、百部各2钱，水煎服。

（3） 生柏叶6钱，红枣7枚，水煎服(煎2小时)。

（4） 百部草3钱，杏仁2钱，冰糖3钱，浓煎，日分4次服。

（5） 胆汁糖浆：苦胆汁（鸡、羊、猪胆均可），每次用5毫升，加水5毫升，再加入白糖适量，一日三次。

（6） 车前草6钱，百部草6钱，大蒜2瓣，水煎取汁，加冰糖以甜为度，日服7～8次，每次一匙。

（7） 鸡蛋一个，白矾4～5分，将白矾放鸡蛋中，烧熟后吃，每日吃一个，连服7日。

3．抗菌药物：氯霉素25～50毫克/公斤，分四次服，连用7～10天，合霉素加倍，早期使用，效果较好。若无效可改用或合用链霉素肌肉注射，

每日15～25毫克/公斤，分二次注。

4．对症治疗：咳嗽剧烈时，除服用一般镇静药外，可用镇静解痉剂，氯丙嗪或异丙嗪，均为1毫克/公斤，睡前一次服。

白　　喉

本病是由白喉杆菌引起的急性呼吸道传染病。终年可见，以秋冬两季为多，儿童发病率高。

诊断

1．有与白喉病人接触史（潜伏期一般为2～7天），或邻近地区已有白喉发生。

2．起病较慢，发热38～39℃，面色苍白或发灰，咽痛，流涎。部分病人音哑直到失声，伴粗声的干咳。重型喉白喉患者有堵塞性呼吸困难，出现三窝下陷现象（即当吸气时胸骨柄上窝、锁骨上窝和心窝向里陷入）。鼻白喉可有血水样分泌物持续流出及鼻孔下的表皮剥脱。

3．扁桃体可见到白膜，呈灰白色污秽状，紧贴粘膜不易剥离，强力剥之易出血，重患白膜可蔓延到咽部、喉部甚至气管。

4．并发症：

（1） 中毒性心肌炎：是白喉杆菌毒素作用于心脏所致。表现为面色苍白，脉快而弱或不规则，血压下降，心脏扩大，心率超过140次/分以上，心

音变弱及出现收缩期杂音。常发生于起病的第二周末，为白喉常见的致死原因。

（2） 神经麻痹：软腭瘫痪为最常见，多发生于起病后2～6周。表现为语言不清，带鼻音，进食时饮食由鼻腔反流而出。

5．应与急性扁桃体炎、急性喉炎相鉴别：

急性扁桃体炎时，有高热，咽及扁桃体充血，分泌物较薄，白膜易剥离且不出血，并仅局限于扁桃体。

急性喉炎起病急，突然发热，声音嘶哑，咳嗽如打空呛，呼吸道阻塞症状较喉白喉轻。

预防

1．6个月～8岁小儿接种白喉类毒素。

2．流行期应对集体儿童每日观察有无可疑症状出现，尤其对密切接触者连续观察7天。

3．对密切接触者，特别是年小体弱者，应给预防药物。

（1） 中药土牛膝根煎液，5岁服1.5两，4岁以下服1两，1岁以内服0.5两，共服12天。

（2） 青霉素（注射或喷喉）。

（3） 小剂量抗毒素。

治疗

患者需休息二周以上，若有心肌炎应卧床至症状消失为止。多喝开水，吃易消化的软食，软腭麻

痹可鼻饲。

1．中草药：

外疗法：

（1） 明矾、雄黄等分研成末，吹入喉部。

（2） 五倍子1钱，朱砂、冰片各4分，猪胆一个（取其汁阴干后），共研成细末，一日吹喉6～7次。

内疗法：

（1） 鲜土牛膝根2两，捣汁燉温服，频频喂饮之。

（2） 大青叶5钱～1两，水煎服，日分三次。

（3） 青蛙胆2个，用冷开水送服，每日一次，连服三天。

（4） 双花5钱，甘草2钱，山豆根1钱，射干5分，用绿豆汤煎服，日分三次。

（5） 元参2钱，连翘、寸冬、生地各3钱，丹皮1.5钱，水煎，日分4次服。

（6） 在有心肌炎时用：人参2～3钱，菖蒲2钱，鲜生地1两，元参5钱，寸冬5钱，水煎服，面色苍白，血压降低，脉搏细弱，心律紊乱时，加用黑附子1～2钱，杭萸肉3钱，五味子1～2钱；至晚期若发生麻痹现象者，加用明天麻3钱，川续断5钱，桑寄生3钱，天南星3钱（痰多者则

改用胆南星）。

2．白喉抗毒素：应及早给予足量为原则。根据病情轻重，首次用1～6万单位肌注，发病3天后才治疗者，剂量应加倍。24小时后如白膜仍有扩散趋向，则可给第二次。注射前应做过敏试验。

3．抗菌素：青霉素只能抑制白喉杆菌生长，不能中和毒素，应与白喉抗毒素并用，40～80万单位，每日3～4次肌注。

4．喉白喉有明显呼吸道阻塞者应作气管切开。

5．并发症治疗：

（1） 心肌炎：绝对卧床休息，口服强的松，每次10毫克，每日三次，连用2周。并给予50％葡萄糖40毫升静注，每日1～2次，口服或注射维生素乙$_1$，有条件者可给氧气。对于严重的心肌炎可应用毒毛旋花子甙K。成人最初24小时内可用0.25～0.5毫克，小儿可按0.007～0.01毫克/公斤/次计算，然后根据具体情况酌情使用维持量（详见心力衰竭）。一般G的剂量为K的半量。

（2） 神经麻痹：应用大剂量维生素乙$_1$、乙$_{12}$、丙等药物治疗。

流行性脑脊髓膜炎

本病简称流脑，是脑膜炎双球菌侵犯中枢神经

系统的一种急性传染病。多见于儿童，好发于冬春季节。

诊断

分普通型、休克型、脑膜脑炎型及混合型四种。

（一） 普通型：

1．突然高热、头痛、呕吐、烦躁不安或嗜睡。

2．全身皮肤粘膜有散在性瘀点，呈暗红色，常为针尖大小，多见于躯干。瘀点对早期诊断有重要意义。

3．出现脑膜刺激征，如颈强直，抬颈试验、屈腿直膝试验阳性，但婴幼儿常不明显，仅表现为前囟膨隆及一阵阵尖叫。

在流行季节若有发热、头痛等上呼吸道感染症状，检查发现有瘀点或脑膜刺激征者即可诊断为流脑。

（二） 休克型：除有上述普通型表现外，尚有下列特点：

1．周围循环衰竭：面色苍白、口唇发青、四肢末端发凉、发绀，皮肤呈花斑状，心率快，脉细弱，血压下降（收缩压低于80毫米汞柱）或测不出，重症时神志昏迷。

2．皮肤瘀点或瘀斑继续增加或迅速出现大片

出血斑。

（三） 脑膜脑炎（脑水肿）型：

1．剧烈头痛，频繁呕吐，面色苍白，眼神呆滞。

2．收缩期血压增高，脉压增宽，心率减慢。

3．昏迷或半昏迷，反复惊厥，或持续性的肢体强直。

4．瞳孔扩大或不等大，边缘不规则，对光反应迟钝或消失，可有眼球震颤。

5．中枢性呼吸衰竭，表现为呼吸深浅、快慢不匀，过度换气，叹息样呼吸，双吸气，呼吸暂停。

（四） 混合型：兼有休克型及脑膜脑炎型症状。

对诊断有困难的病例，有条件时可做腰椎穿刺检查，脑脊液呈化脓样改变，涂片可找到脑膜炎双球菌。

预防

1．首先要把防病知识交给群众。大力进行宣传流脑的危害性、传播方式、早期症状、预防方法及有病早治等重要意义。

2．流行期间应密切观察发烧、头痛的患者，做到早发现、早治疗，对发现的患者或疑似流脑者应及时报告，并尽力就地隔离，就地治疗。

3．对密切接触者除应及时足量、全程投给预防药物外，还应隔离观察七天。

4．在有流脑发生的生产队，要尽量减少人口流动，要求不串门，或戴口罩，避免和病人直接接触。

5．药物预防：

药物预防，是防止疫情扩大蔓延的措施之一。应视流行情况来决定预防药物服用范围和对象。服用重点是密切接触者及15岁以下的儿童。目前，常用的预防药物有以下几种：

（1） 3～4％盐水漱口，每天三次，可天天进行。

（2） 磺胺类药物：仅对密切接触者可服用磺胺类药物预防，在一般情况下不应做大面积投药，用量为治疗量之半，连用2日（参见药物部份）。

（3） 药物滴鼻或喷喉：常用的滴鼻或喷喉药物有以下几种，可选择使用，1～3‰呋喃西林，3％磺胺噻唑钠，2％黄连液，1/4000新洁尔灭等药物。滴鼻时每日二次，每次每个鼻孔滴3～5滴，连续用3～5天。

治疗

1．中草药：

单验方：

（1） 板蓝根2两，水煎频饮。

（2） 双花、野菊花、蒲公英各1两，水煎服。

（3） 生石膏2两，龙胆草3钱，水煎服。

（4） 薄荷3钱，鲜芦根1两，水煎服。

（5） 松叶适量，加甘草或糖，水煎为二茶杯，日分二次服。

辨证施治：

（1） 初起发热，畏寒头痛，宜辛凉清热。用银翘解毒丸，每次2丸，日服三次。

（2） 高热，头痛项强，角弓反张，宜清热解毒。玄参、竹叶、麦冬各3钱，连翘5钱，大青叶、板蓝根各1两，水煎服，每日1～2剂。

（3） 壮热头痛，烦躁若狂，神昏发疹，宜凉血解毒。大青叶1两，生石膏2两，生地5钱，丹皮4钱，山栀3钱，黄芩5钱水煎服，每日1～2剂。

加减：呕吐时加竹茹3钱，茅根4钱；抽搐时加勾藤5钱，僵蚕3钱或另吞服全蝎、蜈蚣等分为末，每次5分。

（4） 热退证减，宜滋阴清热。鲜生地5钱，麦冬3钱，青蒿3钱，黄芩2钱，连翘3钱，鲜芦根5钱，甘草2钱，水煎服，每日一剂。

2．抗菌药物：普通型的轻症病例可单用磺胺嘧啶，重症可合用青霉素或氯霉素治疗；休克型与脑膜脑炎型者青霉素与氯霉素应联合应用。

（1） 磺胺嘧啶：开始剂量小儿一日为200毫克/公斤，成人一日8克，首次给总量三分之一，余量再分为三等份，每六小时一次，肌注或口服。或用磺胺嘧啶钠静注（将20%磺胺嘧啶钠用25%葡萄糖稀释成5%溶液），儿童按75～100毫克/公斤计算，成人最大剂量不超过3克，每天静注一次，最多不超过三天。口服磺胺应同时服等量碳酸氢钠，大量饮水。如出现血尿应立即停药。

（2） 青霉素：小儿一日用100～200万单位，成人一日200～400万单位，分2～4次肌注或静点。必要时可用氯霉素口服或肌注。

3．抗休克：

（1） 补充血容量与纠正酸中毒：成人以5%葡萄糖盐水或10%右旋糖酐500～1000毫升静脉点滴；小儿前者每次用10～20毫升/公斤，后者每次用7～10毫升/公斤，静脉推注。

纠正酸中毒，小儿用5%碳酸氢钠每次5毫升/公斤或11.2%乳酸钠3毫升/公斤，须稀释加入葡萄糖液中（即取11.2%乳酸钠1分加糖5分）滴注或静注。成人用5%碳酸氢钠200～400毫升或11.2%乳酸钠100毫升加入葡萄糖盐水500～1000毫升中静脉滴注。

（2） 氢化可的松，儿童一日5～10毫克/公斤，成人一日300～400毫克，稀释于葡萄糖液中，

分次给予。以后根据病情减量。

（3） 升压药物：

① 去甲肾上腺素：开始可将1～2毫克去甲肾上腺素加于葡萄糖液100毫升中，每分钟静点15～30滴，使收缩压维持在100毫米汞柱左右（小儿80毫米汞柱）。若血压上升不明显可加大剂量（一般不超过4毫克/100毫升）。用本药时至少须维持6～8小时，然后逐渐减量停用，以免血压再度下降，同时注意避免药液溢漏血管外面，以免发生坏死。本药可与新福林或阿托品同时应用。如有肾功能衰竭，不宜采用。

② 也可应用新福林、阿拉明、恢压敏等药物。

（4） 阿托品应用：此药可缓解血管痉挛，改善微循环。一般先从小量开始，小儿每次按0.03～0.05毫克/公斤，成人每次用量不超过2.5毫克，静脉注入，每隔10～20分钟一次。如面色潮红，四肢转温，脉搏有力，血压上升，可逐渐延长用药间隔时间，至循环情况稳定为止。如用此剂量3～5次不见效，可逐渐增加剂量，观察效果。用量增至每次每公斤体重0.5毫克，且用数次后休克仍不见好转时，如考虑不是因有效循环量不足、代谢性酸中毒或心力衰竭等所致，可改用去甲肾上腺素治疗。如有阿托品中毒的表现，应即刻用新斯的明（年龄较小的儿童用0.25毫克，年龄较大儿童及成年人用

0.5毫克），或1%毛果芸香碱（0.25～0.5毫升）每隔15～30分钟皮下注射一次，直到阿托品中毒表现消失为止。

4．脑水肿：主要应用脱水剂。

（1） 25%山梨醇每次1～2克/公斤，静注或于30分钟内滴注完，必要时4～6小时重复一次，个别病例每次可加量到4克/公斤，或缩短间隔时间。

（2） 20%甘露醇：用量、用法同山梨醇。

以上二种药物可选一种使用，但在用药后2～3小时须给50%葡萄糖2～4毫升/公斤静脉推注，以防止脑压重新回升。

5．液体：血容量纠正后，小儿全日液体入量为80～100毫升/公斤，成人每日补液量不宜超过1500毫升，其中含钠液占四分之一左右。在进行抢救时要掌握输液总量，尤其小儿有心功能代偿不全及脑水肿时，输液量过多是抢救失败的重要因素之一。

6．心力衰竭处理（参见心力衰竭）。

7．有呼吸衰竭症状者可选用以下药物：

（1） 山梗菜碱（洛贝林）：成人每次3～6毫克，儿童每次0.15～0.2毫克/公斤，肌注或静注。

（2） 尼可刹米（可拉明）：成人每次0.25～0.5克，儿童每次5～12.5毫克/公斤，肌注或静注。

（3） 氨息香酸钠咖啡因：成人每次0.25～0.5克，儿童每次6～14毫克/公斤，皮下注射。

（4） 阿托品：用法参见本病抗休克。

8．对症治疗：退热镇静。持续高热、躁动不安、甚至抽风者应用冬眠药物。高热者同时用安乃近滴鼻或静注，再加凉水毛巾敷前额或枕在头部，体温下降至37.5℃以下时应撤去凉毛巾。如仍躁动不安或有惊厥者，可加用止痉剂如苯巴比妥钠等。

流行性腮腺炎

流行性腮腺炎俗称“痄腮”，是由腮腺炎病毒引起的急性传染病。以腮腺肿胀为主要特征，可有神经系统并发症，成年患者可并发睾丸炎或卵巢炎。多见于冬春两季。

诊断

1．有与腮腺炎病人密切接触史。2～3岁以上小儿较多见。

2．起病较急，有发烧、头痛。

3．一侧或两侧耳下部肿胀，以耳垂为中心，边界不清，皮肤不发红，局部有些发硬，不化脓，咀嚼时疼痛。颊内腮腺管口红肿。肿胀约持续一周。颌下腺、舌下腺亦可肿痛。

4．并发症：

（1） 睾丸炎：一般继腮腺肿胀后2～10日发

生。睾丸肿胀疼痛，平均10日左右消退。

（2） 脑膜脑炎：多发生在腮腺肿大时。表现为高热、头痛、呕吐、颈强直、惊厥、昏迷等。预后多良好，一般在1～2周后恢复正常。

（3） 胰腺炎：可出现腹痛、恶心、呕吐。

预防

隔离患者至肿胀消退。

治疗

发热时要卧床休息，吃易消化食物，食物不宜过酸。注意口腔清洁，经常用温开水或温盐水漱口。磺胺及抗菌素均无效。发热、疼痛可用复方阿斯匹林或索密痛。腮腺肿胀可冷敷或热敷。

1．新针（见154页）。

2．中草药：

（1） 外用药：

① 鲜蒲公英，鲜车前草，鲜小蓟，鲜马齿苋，仙人掌，选其中一味药，不拘量，捣如泥敷患处，日换3～4次。或用赤小豆为末，以水调敷。

② 鲜蚯蚓5～6条，去脏泥加等量糖，然后捣烂敷患处，3～4小时，换一次。

③ 土豆一个，白矾2钱，研成面（或加卤水一酒盅）和土豆捣成泥状，敷患处。

（2） 内服药：

① 板蓝根6钱，双花3钱，甘草2钱，水煎

吐在瓶内，然后加以处理。

3．避免接触传染。排菌期患者或接触人员应戴口罩。

治疗

我们应以深厚的无产阶级感情，和病人共同活学活用毛主席关于“**在战略上我们要藐视一切敌人，在战术上我们要重视一切敌人**”的教导，顽强地和疾病作斗争。同时适当注意营养，增强抵抗力。有发烧或咯血时卧床休息，病情好转后，可逐渐增加活动量。

1．新针（见140，141页）。

2．中草药：

（1） 酒芩、黄精、知母、百部、白果各3钱，水煎服。

（2） 蜂蜜半斤，猪油3斤，白芨面1斤，百部面4两，白果面5两，熬成膏，每次3钱，日服三次，常服之。若配十大功劳叶1～2两，水煎服，效果更好。

（3） 蛤蚧丸：白芨7两5钱，白果7两5钱，蛤蚧5对，川贝5两，乌梅5两，共研成面，做成蜜丸。每丸2钱，每服一丸，一日2～3次。

（4） 咯血时用下方：

① 白矾8钱，儿茶1两，共为末，加糖少许，每次服5分～1钱。每日三次。

② 白茅根半斤，百合5钱，白芨3钱，水煎服。

③ 百部1钱，百合1两，白芨5分，蛤粉5钱，共为细面，每次服1钱，每日三次。

④ 白芨、三七各等分，共为细面，每次服1钱，日服三次。

⑤ 血见愁1两，水煎服。

（5） 有盗汗用下方：

① 黑豆3钱，浮小麦1两，乌梅1个，水煎服。

② 浮小麦4钱，或生牡蛎、生龙骨各5钱，生地4钱，水煎服。

③ 黄芪3钱，浮小麦5钱，龙骨、牡蛎各8钱，大枣5个，水煎服。

辨证施治：以养阴清热，扶正抗菌为主。

百部5钱，百合4钱，白果3钱，丹参4钱，白芨3钱为主，水煎服，一日分二次。

加减法：微热加地骨皮、鳖甲各5钱；盗汗加五味子、浮小麦各3钱；咯血加仙鹤草1两，侧柏叶5钱；心烦不眠加茯苓3钱，炒枣仁3钱；气短声微加黄芪、党参各3钱；食欲不好加白朮、扁豆、山药各3钱；咳嗽重加大贝、知母、紫菀各3钱；胸疼加青皮1钱半，郁金3钱。

3．对症治疗：

（1） 发热：轻度发热不必处理。高热可给小量解热剂。

（2） 咳嗽、咯痰给予对症处理（参看感染性咳喘病）。

（3） 失眠用安宁片，利眠宁，盐酸异丙嗪或巴比妥类。多汗用颠茄或普鲁本辛。

（4） 咯血：应解除病人精神紧张和恐惧，给予镇静剂。剧烈咳嗽时可用咳必清、樟脑酊、可待因。止血剂可用仙鹤草素 5 毫升，4～6 小时一次肌注。安特诺新（安络血）每次 5～10毫克，口服，每 4 小时一次；或10毫克肌注，隔 2～4 小时反复注射。6－氨基己酸10毫升静脉注射。经上述处理无效时，可用脑垂体后叶素10个单位加入20～40毫升生理盐水中缓慢静注，至少需10分钟。有高血压、动脉硬化性心脏病、心衰及妊娠时禁用。

4．抗痨药物：

（1） 异烟肼（雷米封）100 毫克，每日三次口服。重症每日可增至600 毫克，疗程三个月或视病情适当延长。异烟肼的副作用较轻，可有四肢麻木、多发性神经炎等（可用维生素乙$_6$预防和治疗），偶有感觉异常、精神兴奋、口干及便秘等。肝肾功能明显障碍及癫痫患者慎用或忌用。

（2） 链霉素1.0克，每日 1 次肌注。用于急性重症病人，多与异烟肼并用，疗程 1～2 个月。使

用链霉素要注意毒性反应，如出现耳聋、头晕应及时停药。

（3） 对氨基水杨酸钠（PAS）每次 2～2.5 克，每日 4 次口服。为减少对胃的刺激可与等量苏打同服。

5．使用抗痨药久治无效的，经X线检查，根据病灶性质适应外科手术患者，可送医院手术治疗。

结核性胸膜炎

结核性胸膜炎多数是由肺部的结核病灶引起的。胸膜发炎后有的仅有少量的纤维性渗出物沉着在胸膜表面（干性胸膜炎），有的出现渗液（湿性胸膜炎）。

诊断

1．发病徐缓，有的发病急。症状为侧胸部胸痛，发烧及刺激性干咳，疼痛程度与发炎部位有关，一般在胸廓下方明显，可因呼吸或咳嗽时疼痛加剧，因此迫使病人不敢深呼吸和大咳嗽。大量渗液可压迫心、肺出现呼吸困难。

2．多在侧胸部听到胸膜摩擦音，2～4 日因产生浆液渗出液而消失。部分病人不待渗液出现即自行消失（此种情况称为干性胸膜炎）。

当有渗液出现后，患侧胸廓膨隆，呼吸运动受限。叩诊呈浊音或实音，听诊呼吸音和语音震颤减

弱、消失。心脏、气管移向对侧。

3. 必要时做胸腔试穿，对诊断及判定胸水性状有帮助。

治疗

1. 中草药：

干性：以舒肝通络止咳为主。

黄芩3钱，柴胡3钱，瓜蒌5钱，清夏3钱，桃仁3钱，甘草2钱，水煎，日分三次服。

湿性：以化瘀逐饮为主。体强而无热者：

大戟、芫花、茯苓，各等分为细面，大枣10～15个。用大枣煎汤服上述药面5分，隔日一次。体弱者：葶苈3钱，白芥子2钱，大枣10个，水煎，日分三次。并要随症加减，兼服蛤蚧丸。

2. 使用抗结核药：

（1）并用链霉素与异烟肼，发烧及全身中毒症状好转后，停用链霉素，继续用异烟肼。

（2）有发烧及有大量积液的，在用抗结核药的同时并用强的松10毫克，每日三次。体温恢复至正常及积液吸收后停用。

（3）胸腔有积液，因压迫出现明显呼吸困难的可排液（方法见技术操作）。

结核性腹膜炎

结核性腹膜炎常继发于肺结核或腹腔其他脏器

结核，如肠结核、肠系膜淋巴结核、输卵管结核等。

诊断

1. 起病多缓慢，可有其他部位结核病史，长时间的低热或高热、腹胀、腹痛，有的有便秘或腹泻。

2. 腹部体征：部分病人以腹水为主，腹部膨隆，有移动性浊音及波动感，常有普遍性的压痛。部分病人以腹膜粘连为主，腹部稍胀，有压痛。触诊有特殊的柔韧感犹如揉面团的感觉，易并发肠梗阻。还有一部分病人，腹部有明显的压痛和抵抗，并常可触到大小不一、形态不同的包块。

治疗

1. 中草药：

（1）以腹膜粘连为主宜行气止痛，活血化瘀。

丁香5钱，木香5钱，茴香7钱，川楝子7钱，青皮1两，广皮1两，莪术5钱，三棱5钱，桃仁、红花各3钱，磨成面做成蜜丸。每次饭前服2钱，每日服二次。

（2）以腹水为主，体质较强者，宜泻下利水。

党参5钱，车前子（包）2两，茯苓5钱，商陆、泽泻各4钱，郁李仁3钱，水煎服，每日一

剂：体弱者，宜益气利水。党参5钱，白术、茯苓各3钱，陈葫芦瓢、黄瓜皮各2两，水煎服。

2. 使用抗结核药物，用法见"肺结核"。

3. 腹痛可针脾俞、足三里，中刺激，兼有腹胀者配天枢，艾卷灸5分钟。

由消化道途径传播的传染病

伤　寒

本病是由伤寒杆菌引起的肠道传染病。多见于夏秋季。主要表现为持续性高热、皮疹、脾脏肿大。可有肠出血或肠穿孔等并发症。

诊断

1. 发病较缓，不经治疗的病程约四周左右，体温在第一周内逐渐上升，呈阶梯状，第二周为稽留高热，约在第四周缓慢下降退热。经特殊治疗，3～5日体温可降至正常。

2. 食欲不振、腹胀、便秘或腹泻。表情淡漠无欲状、嗜睡、说胡话、耳鸣、耳聋等。

3. 脾脏肿大，一般为轻度。

4. 出现皮疹，发病一周左右，胸腹背部可见散在的淡红色、压之退色的充血疹。

5. 缓脉，一般在体温每升高1℃时，脉搏每分钟增快10次左右。而伤寒病人体温在39～40℃时，脉率仅80～90次/分。

6. 小儿多不典型，起病较急，症状较轻，热型不定，病程较短。常有腹泻，皮疹较少见。

7. 白细胞数下降，多在3000～6000之间。

8. 并发症：发病三周前后应注意发生并发症。

（1） 肠出血：出现黑便或血便，重者面色苍白，脉快，血压下降甚至休克。

（2） 肠穿孔：突然出现右下腹痛，伴有恶心、呕吐，脉搏细弱，冷汗，腹胀，腹肌紧张，压痛及反跳痛等腹膜炎症。

预防

1. 见消化道传染病防疫措施。

2. 在流行区定期进行预防接种。

3. 对密切接触者应观察三周，可疑症状出现时，应及时处理。

治疗

加强护理，卧床休息至退热为止。多饮水，必要时静脉补液，吃细软易消化的食物。恢复期亦不能吃辛辣、粘、硬等刺激或不易消化食物，不能暴饮暴食，防止发生并发症。

1. 中草药：

单验方：

土大黄5两，炒微黄为末，水煎成膏，每服半匙，凉开水送下。

辨证施治：

（1） 病初发热恶寒，头痛胸闷，身重肢倦，渴不多饮，食欲不振，舌苔白腻，脉搏濡缓，宜清热化湿。

银花6钱，连翘、黄豆卷、桑叶、杏仁各3钱，藿香、佩兰各2钱，薄荷、竹叶、甘草各1钱半，水煎服，轻者每日一剂，重者二剂。

（2） 高热不退、口渴喜饮、唇干、舌苔黄燥、舌质绛红、脉沉实有力，宜甘寒清热。

银花1两，黄连3钱，生石膏1两，生地1两，竹叶、麦冬、元参各3钱，鲜芦根1两，知母3钱，水煎服。

加减法：大便秘结，舌苔黑燥者加蜂蜜1两，冲服，火麻仁3钱；神昏谵语可加鲜菖蒲1.5～3钱，另口服牛黄清心丸一粒（研碎）或紫雪丹3～5分；肠出血时加地榆炭、侧柏叶各3钱。

2．抗菌药：

氯霉素，成人每日1～1.5克，小儿每日30～50毫克/公斤，分四次服，体温正常后半量再服10天。合霉素剂量加倍。用药期间应注意氯（合）霉素的毒性反应。

3．对症治疗：

高热可用温水或酒精擦浴，不用退热药，以免体温骤降发生虚脱。便秘时可用生理盐水300～500毫升灌肠，禁用泻药，以免发生合并症。

4．并发症的处理：

（1） 肠出血：应绝对卧床休息，暂停饮食，输液，给予镇静、止血剂，必要时输血。

（2） 肠穿孔：见“外科急腹症”。

细菌性痢疾

本病是由痢疾杆菌所引起的消化道传染病。好发于夏秋季节。

诊断

1．有与菌痢病人接触史或不洁饮食史。

2．开始有发热、腹痛、腹泻（每日数次至数十次），伴有脓血，有里急后重感。

3．多有左下腹明显压痛。

4．慢性菌痢：急性期未治疗或治疗不充分，以致病程迁延超过2个月者为慢性。表现为腹痛、腹泻反复发作或大便次数较多，而脓血便不明显。

5．注意与阿米巴痢疾鉴别：

细菌性痢疾	阿米巴痢疾
起病急	起病较慢
多发热	发热一般不高，中毒症状轻
腹痛、里急后重明显	较轻
腹部压痛左侧较显著	右下腹压痛较显著
大便量少，为脓血及粘液便，无特殊臭味	量较多，以血为主，呈酱红色，有腐败臭味

6．大便涂片可见大量脓细胞与红细胞。

预防

1．按消化道传染病的防疫措施。

2．病人隔离至大便正常为止。

3．做好卫生宣传。

治疗

注意休息，进易消化、少渣软食。有脱水现象者须补液，可静点5％葡萄糖或生理盐水。

1．新医疗法：

（1） 新针（见140页）；经穴（见196页）；拔火罐（见211页）。

（2） 卤碱疗法：口服1～2克，一日三次。必要时可静注或静点。

2．中草药：

单验方：

（1） 细菌性：

① 鲜马齿苋3～4两，水煎服或捣成汁服。

② 水辣蓼（蓼吊子、狗尾巴吊、水红花）鲜根2两(干1两)或全草2两，水煎服。连服三天。

③ 蒲公英捣取自然汁20毫升，加蜜少许顿服。一日三次。

④ 老柞树皮（取嫩皮）2两，水煎，加糖适量，频饮。

⑤ 仙鹤草（鲜）4钱，鲜黄柏3钱，柞树皮3钱，水煎服。

（2） 阿米巴性：

① 白头翁5钱，水煎服。

② 苦参1两，甘草1两，水煎服。

③ 鸦胆子10个（去皮），用龙眼肉或大枣包住，开水送下。

④ 槟榔3钱，蜜炒山楂3钱，糖引，水煎后，日服3～4次，连服三日。

辨证施治：

（1） 急性痢疾：黄连3钱（或黄柏5钱），黄芩5钱，白头翁1两，秦皮5钱，白芍3钱，木香2钱，水煎服。每日一剂，连服7天。

兼有表症发热时，加葛根3钱；热重加双花3钱；腹胀加莱菔子2钱，槟榔3钱，焦楂3钱。

（2） 慢性痢疾：苦参3钱，槐花1钱，生地榆3钱，水煎服，日分三次。或用胡黄连、乌梅、伏龙肝各等分，共研成细末。每服1钱，每日二次。茶水送下。

3．常用抗菌药如下，可单用，亦可合用，合用效果较好。疗程一般为5～7天。

（1） 呋喃唑酮（痢特灵）：每次0.1克，每日四次，小儿每日5～10毫克/公斤，分3～4次服。

（2） 黄连素：每次0.2克，每日四次，小儿每日10毫克/公斤，分3～4次服。

（3） 磺胺胍：每次2克，每日四次，小儿每日200～300毫克/公斤，分四次服。

（4） 抗菌素类：病情严重者可考虑应用氯霉素、四环素或土霉素，剂量皆为每日1克（合霉素2克）。小儿每日30～40毫克/公斤，分3～4次口服。

4．对症治疗：高热抽搐时可冷敷，并用苯巴比妥钠0.1克肌注，腹痛者可服颠茄片1～2片。

慢性菌痢：

需综合治疗，包括改善营养，提高抵抗力，应用中西药、针灸及当地使用的单验方。可以交替选用治疗急性菌痢的各类药物。也可用3～10%紫皮蒜浸液、0.25%普鲁卡因、1‰黄连素溶液200～

300毫升保留灌肠，每天一次，7～10天为一疗程。亦可经常多吃大蒜，即能预防，又有治疗作用。

附：小儿中毒型细菌性痢疾

诊断

多见于儿童，病起急骤，高热可达40度以上，呕吐、腹泻。部分病例可没有明显腹泻及脓血样大便，立即出现嗜睡、昏迷、抽风、面色青灰，呼吸急促等中毒症状，严重者在数小时内可因呼吸及循环衰竭而死亡。夏季如遇到上述高烧、昏迷等病人，应特别注意中毒型细菌性痢疾，可用灌肠或肛门指诊取大便，如能见到粘液或脓血，就应考虑本病。如有条件可送大便化验，能发现脓细胞及红细胞。

治疗

由于本病病情发展迅速，且病势凶险，治疗稍晚即耽误抢救的机会。因此，我们必须遵照毛主席的教导：**“我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作。”**要对病人密切观察，找出不同阶段的主要矛盾，对病人出现的危象（抽搐、呼吸与循环衰竭），应及时有效地给予治疗。

1．抗惊厥：

惊厥是呼吸及循环衰竭的先导，如何控制惊厥是抢救本病的关键之一。采用冬眠疗法，效果较理想。凡有高热、嗜睡、中毒症状严重等较早病例，

或在纠正血容量及酸中毒过程中，收缩压已维持在60毫米汞柱以上者，均可应用。

方法如下：

冬眠药物：氯丙嗪及异丙嗪每次各按1～1.5毫克/公斤，有抽风的每次可按1.5～2毫克/公斤，加5～10%葡萄糖内静点或用半量放入滴壶内静点，半小时后观察患儿是否进入冬眠状态（呼吸均匀，肌肉松弛，瞳孔缩小，对外界反应减弱。也有的患儿血压突然下降，或脉搏增快。但充盈良好，患儿安静入睡）。若仍不能入睡，可用半量或同量肌注，经20分钟左右，多数患儿进入冬眠状态。然后密切观察患儿的冬眠效果，以确定继续用药的间隔时间，一般可2～4小时重复注射一次。总之，宜少量多次为原则。冬眠持续时间一般定为16～24小时。若用上述药物抽搐不见好转，可加用水合氯醛，每次用30～40毫克/公斤灌肠。苯巴比妥钠每次用5～10毫克/公斤肌注，或硫喷妥钠每次用10～20毫克/公斤，肌注（但呼吸衰竭严重者不能用）。在进入冬眠状态后，为维持疗效，可配合物理降温（用冰袋、冰手套等放置在头部、颈部两侧及腹股沟等处），保持体温不超过37℃。降温措施必须在进入冬眠状态后进行，否则可使小儿发生寒战，皮色青紫，新陈代谢增高，植物神经紊乱。小儿体温不超过39℃以上，一般不需要物理降温。冬眠疗

法的副作用很少，如腹胀、尿潴留等症状，停药后1～2天即消失。

2．抗休克：采用补充血容量、纠正酸中毒、应用升压药物、激素及阿托品疗法，具体用法详见“流脑”。

附：中毒型细菌性痢疾阿托品疗效判定标准：在用阿托品治疗过程中，若出现面色潮红、呼吸与血压平稳、抽搐停止、睾丸下降、股动脉音可听到等情况，可延长用药间隔时间，至病情稳定为止。

3．抗菌药物：抗菌素、磺胺、黄连素或呋喃类等药物常合并应用。若不能口服，可用黄连素液、氯霉素肌注、或四环素等药物静点(剂量见“常用药物”)。

4．呼吸衰竭、液体疗法及对症治疗(参见“流脑”)。

传染性肝炎

本病是由病毒引起的传染病。多见于儿童和青年。终年均可发生，但以秋冬为多。

诊断

（一）黄疸型：

1．有与传染性肝炎患者密切接触史。

2．常先食欲不振，疲乏无力，继之恶心、呕吐，上腹部不适或腹痛，厌油食，腹泻或便秘，以

及发热等。发病二到三天或一周后，尿色加深（浓茶样），巩膜、皮肤发黄（黄疸），多于一月内消退。

3. 肝肿大，有压痛，叩击痛，脾可肿大。

4. 重症者，黄疸迅速加深，症状加重，继之出现出血倾向，肝脏缩小，黄疸之后或同时出现精神症状，如嗜睡、神志不清、躁动不安以及昏迷或惊厥。临床上称为急性黄色肝萎缩。

（二）无黄疸型：

多数患者不出现黄疸，症状和黄疸型相似，但程度多较轻。肝肿大，脾亦可肿大。

预防

1. 隔离病人直到黄疸消失为止。病人用过的注射用具必须严格消毒后才能使用。

2. 严格检查给血者，凡有黄疸史者均不宜输血给别人。

治疗

急性期卧床休息，黄疸消退后逐渐增加活动。进易消化和营养丰富食物（蛋白质、糖）。如恶心、呕吐较重可静注或静点葡萄糖液及维生素丙。禁酒，不用氯丙嗪、巴比妥类、吗啡等损害肝脏的药物。

1. 新医疗法：

（1） 新针（见140页）；经穴（见198页）。

（2） 卤硷，1～2克，一日三次，口服，或静注、静点卤硷注射液。

2. 中草药：

单验方：

（1） 黄疸型：

① 茵陈1两，玉米须1两，水煎服，每日一剂。

② 败酱草6钱，茵陈4钱，水煎服，每日一剂。

③ 茵陈1两，黄柏2钱，车前子3钱，水煎服。

④ 山豆根1两，研极细末，每次2钱，每日一次，开水冲服。

⑤ 新鲜夏枯草2两，大枣1两，水煎服，日分二次。

⑥ 鬼针草、柞树叶、青松针各1两，水煎服。

⑦ 青黛1钱，明矾6钱，共研成细末，每服5分，每日三次冲服。

⑧ 猪胆一个取汁，浸黄豆1两，晒干研成末，每次1钱，日服三次。

（2） 无黄疸型：

① 大青叶2两，丹参1两，大枣10枚，水煎，日分二次服。

② 生甘草3两，加水一碗半，煎至半碗，日分三次服。

③ 丹参、茅根各1两，浓煎服；另方丹参1两，红糖2钱半，水煎服（适用慢性）。

④ 新鲜柳树枝叶2两～4两，浓煎，加白糖少许，每日早晚各服一次（适用慢性）。

⑤ 板蓝根、栀子、丹参、郁金、白芍、滑石各3钱，水煎服。

⑥ 生茅根1两，郁金4钱，板蓝根6钱，水煎服。

⑦ 糯稻草1.5两，洗后切碎，加水一大碗，水煎服。

⑧ 桦树皮1两，加适量糖，水煎服。

辨证施治：

（1） 黄疸型：黄色鲜明，身热口渴，大便秘结者，宜清热利湿。茵陈1两，栀子3钱，大黄2钱，黄柏3钱，板蓝根5钱，水煎服。每日1～2剂。同时服金黄丸（郁金、姜黄等分），每次6分，一日三次。加减法：如黄色晦暗不鲜明，无发热，口渴，大便软溏者，去大黄、黄柏加附子3钱，干姜2钱，甘草1钱；黄疸色深重加茵陈1两～2两，姜黄3钱；消化不良加神曲、山楂各3钱，肉豆蔻2钱；大便溏、小便不利者加炒白术、茯苓、泽泻各3钱；胸满胁痛者加柴胡、郁金各3钱。

（2） 无黄疸型：食欲不振、倦怠乏力、腹胀、右肋胀痛者，宜舒肝和胃活血。柴胡2钱，香附3钱，玉金、当归、白芍、党参、青皮、延胡索各3钱，桃仁2钱，鸡内金、山楂各3钱，水煎服。每日一剂。加减法：呕吐加半夏3钱；肝肿大加生牡蛎3钱，三稜、醋鳖甲各3钱；失眠加酸枣仁3钱，夜交藤4钱。

3．其他疗法：

（1） 可口服葡萄糖。必要时可静注高张葡萄糖液（加维生素丙）。

（2） 维生素乙$_{12}$100微克，肌注，每日一次。

（3） 口服复方维生素乙，维生素丙，酵母片等。

4．急性黄色肝萎缩的治疗：

（1） 加强护理，清洁灌肠，禁食或进低蛋白饮食。

（2） 大量葡萄糖液静点：10%葡萄糖液2000～2500毫升加1～2克维生素丙，每日一次。盐类补充：一般10%葡萄糖液和复方氯化钠或生理盐水的比例为4:1。

（3） 氢化可的松静点，成人每日200～400毫克，小儿一日10毫克/公斤，清醒后逐渐减量而停药。

（4） 28.75%谷氨酸钠，每日80毫升加入葡萄糖液内静点。小儿酌减。

（5） 投与四环素族抗菌素。

（6） 根据情况给与维生素K等止血剂。

脊髓灰质炎

又名小儿麻痹症，是由脊髓灰质炎病毒经消化道引起的急性神经系统传染病。流行于夏秋两季，小儿多见。

诊断

1．注意流行地区，季节和接触史（潜伏期一般为5～14天）。

2．病程各期表现：

（1） 前驱期：发热多汗，全身不适，可伴有呼吸道和消化道症状。一般1～4天症状消失。此期无特殊症状，所以诊断困难。

（2） 瘫痪前期：前驱期后经过1～6日无症状时期后再度发热、不适、头痛、睡眠不安、呕吐，此期的特点是患儿出现有感觉过敏、肢体疼痛、腱反射亢进。一般4～6天后则进入瘫痪期。

（3） 瘫痪期：常在瘫痪前期体温开始下降后出现。瘫痪可发生于任何部位，但以肢体为多见，尤以下肢居多，多不对称，呈弛缓性瘫痪。患侧腱反射消失，但无感觉障碍。少数病例可因呼吸肌麻痹出现呼吸困难，严重者窒息死亡。

（4） 恢复期：瘫痪后1～2周肌肉机能开始

恢复，若一年以上尚未恢复者，可形成肢体萎缩或畸形，留下后遗症。

预防

1．隔离患者（从发病日起隔离40天），食具与粪便用漂白粉消毒。

2．2个月到7岁的小儿应口服脊髓灰质炎减毒活疫苗。

治疗

瘫痪前期应卧床休息，须避免疲劳与肌肉注射，禁用按摩或其他被动运动，保持肌肉充分休息，以减少瘫痪的发生。

1．新医疗法：新针（见157页）；穴位结扎（见178页）；胎盘穴位注射（见198页）；点穴按摩（见226页）。

2．中草药：

（1） 麻痹初期：葛根1钱，银花1.5钱，黄芩1钱，黄连0.7钱，生石膏2钱，白芍1.5钱，蜈蚣2条，全蝎2条，甘草0.5钱，水煎服。

高热不退加大青叶1两，板蓝根1两；肌肉痛甚加元胡3钱，灵仙3钱，重用白芍。

（2） 麻痹及后遗症：

① 川牛膝3钱，土鳖虫7个，马前子（油炸黄）0.3钱，共研成细末，1份为7包，每晚临睡前服一包，黄酒送下。

② 黄芪3钱，当归1.5钱，赤芍1.5钱，川芎1钱，桃红、红花各1钱，地龙1.5钱，水煎服，每日二次。

上肢麻痹加桑枝1.5钱；下肢麻痹加牛膝1.5钱；口眼歪斜加辛夷1钱，细辛0.5钱。

3．其他疗法：

（1） 发热期间应尽量避免肌肉注射。肢痛者可口服镇静止痛剂。

（2） 维生素乙$_1$ 20毫克，日服三次。维生素丙200毫克，日服三次。

（3） 若呼吸困难，则给氧、吸痰和人工呼吸。

（4） 发热期间可考虑试用强的松一日1毫克/公斤，分3～4次口服。

（5） 热退后若出现肢体瘫痪，可用氢溴酸加兰他敏0.05～0.1毫克/公斤，每日或隔日一次肌注，30天为一疗程。连续或间歇用，可用3～6疗程，肢体瘫痪超过一年以上者疗效较差。也可用新斯的明、维生素乙$_{12}$、地巴唑等药物。

（6） 恢复期或后遗症期：对于恢复期患者必须遵照伟大领袖毛主席的教导：**"停止的论点，悲观的论点，无所作为和骄傲自满的论点，都是错误的。"**学习解放军，对病人进行积极治疗，发热好转时即开始针灸，热退后进行按摩，并鼓励病人积极进行练习，坚持治疗至神经功能恢复。

由其他途径传播的传染病

斑疹伤寒

斑疹伤寒分流行性和地方性两类，前者由虱传染，后者由鼠蚤传染，均为立克次体所致的急性传染病。在治疗上是一致的。

诊断

1．流行性斑疹伤寒多见于冬春季，有被虱叮咬历史。地方性者四季散发，以夏秋季较多。

2．流行性病例起病急、寒战、高热（稽留热）、剧烈头痛、全身肌痛，重者可有说胡话、狂躁不安或昏迷等。

3．皮疹于发病第4～6天出现，先发生于躯干，以后延及四肢，大小不一，初为充血性的斑丘疹，以后为出血性皮疹。面部及眼结膜充血明显，脾肿大。

4．地方性斑疹伤寒症状较轻，病程短。

5．应与伤寒鉴别。

	斑疹伤寒	伤寒
发病	急	缓
病程	二周	四周

	斑疹伤寒	伤寒
表情	神志迟钝	呆板无欲
脉搏	急促	相对缓脉
白血球	稍高	多降低
流行季节	冬春	夏秋

预防

1. 遵照毛主席“**动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平**”的教导，开展爱国卫生运动，除四害，讲卫生，大力灭虱、灭鼠、灭蚤。隔离和治疗病人。

2. 病人家庭要彻底灭虱，防止传染。

3. 流行时可进行预防接种。

治疗

应卧床休息，多饮水，根据病情需要可用强心、止痛、镇静剂等。退热最好用酒精或温水擦浴，不用大量退热剂，防止大量出汗发生虚脱。

1. 中草药：参阅伤寒的治疗。

2. 抗菌素治疗：氯霉素对本病效果良好。成人每日1～1.5克，小儿一日20～30毫克/公斤。合霉素剂量加倍，分四次服。如对药物过敏或副作用太大，可改用四环素或土霉素。一般用药至退热后

3日（热退后可减量）。

疟疾

本病是疟原虫所引起的传染病，主要通过按蚊叮咬而感染。东北有间日疟，南方还有三日疟和恶性疟。八、九月间为流行季节。

诊断

1. 起病急，病程可分三个阶段：

（1） 发冷期：怕冷发抖，持续半小时～2小时。[illegible]

（2） 发热期：寒战停止后发高热，持续4～5小时。[illegible]

（3） 出汗期：发作5～7小时后，病人出大汗而退热。

间日疟隔日发作一次，如有双重感染时可每天发作。三日疟隔两天发作一次，重复感染时可隔日或每日发作。反复发作后，出现贫血、消瘦、脾肿大等。严重病例可出现黄疸。

2. 恶性疟：发作不典型，重症可高热不退、惊厥、昏迷、腹泻、黄疸、红黑色尿、休克等不同表现。

3. 血涂片找到疟原虫。抗疟药物治疗有效。

预防

1. 发动群众，开展以除害灭病为中心的爱国

卫生运动，疏通沟渠消灭蚊虫孳生地，并用土方土法灭蚊。

2．防蚊叮咬。

3．根治病人，防止疟疾复发及传播。

治疗

1．新针：取穴：大椎、间使、至阳。于发作前1～2小时施针，用强刺激手法。效果不好的可加刺合谷、陶道。

2．中草药：

（1） 常山叶1两，水煎服或常山末3钱，于发作前二小时服。

（2） 鲜马齿苋4两，水煎两次，于发作前三小时和二小时各服1次。

（3） 茵陈蒿全草1两，水煎，于发作前2～3小时顿服。

（4） 鸦胆子仁，装入胶囊每次10～20粒吞服，一日三次，服5～7天。

（5） 常山（酒炒）2两，槟榔1两，青蒿1两，共研成细末，每次3钱，加水一碗，煎剩半碗，于发作前二小时顿服。

（6） 久疟后脾肿大者，可用金匮鳖甲煎丸，每次3钱，一日三次。

3．抗疟药物：

（1） 发作期治疗：连服伯氨喹5天，最初3

天加服氯喹。

（2） 休止期治疗：为根绝传染源，凡两年内有疟疾病史者，除有严重合并症外，在传染休止季节连服伯氨喹5天，并于第一、二天加服乙胺嘧啶。

（3） 如不能采用上述根治疗法时，可单独服用氯喹、奎宁或阿的平，以控制发作。

（4） 病情重又不能口服，可用阿的平0.1～0.2克肌注，8～12小时一次，直到可以口服时换成口服药。

药名	年龄(岁)						服药方法
	<1	1～	4～	7～	13～	16以上	
伯氨喹 7.5毫克/片	忌服	3/4	1	1 1/2	2 1/2	3	日服1次
氯喹 0.15克/片	1/4	1/2	3/4	1	1 1/2	2	日服1次，连服3天，第1天加倍量
乙氨嘧啶 6.25毫克/片	忌服	2	3	4	6	8	日服1次，连服2天
奎宁 0.3克/片	1/2	3/4	1	1 1/2	2 1/4	3	一日量[illegible]次服，[illegible]服
阿的平 0.1克/片	1/2	3/4	1	1 1/2	2 3/4	3	一日量[illegible]服，[illegible]倍，[illegible]

注：表中用量系每日服用的片数。

流行性出血热

本病是一种广泛小血管损伤和周围循环衰竭的急性传染病。在林区和新开荒地区，4～6月期间为流行高峰，在农业区10～12月期间为流行高峰。主要表现为高热、出血、休克、肾脏损害和电解质紊乱等。发病者多为野外工作者，农民、林业采伐工人等。

诊断

1．一个月以内有野外活动史。

2．起病急，病情轻重不一，根据经过可分为下述五个期：

（1） 发热期：有畏寒或恶寒战慄，持续高热，上半身皮肤、粘膜充血潮红，并可见到出血点或紫癜样出血。本期末可有血尿等改变，眼结膜充血、出血和结膜下水肿等。

（2） 低血压期（休克期）：退热后全身症状反而加重，血压下降甚至发生休克。

（3） 少尿期：主要为尿量减少，排尿困难，可排出膜样物，甚至无尿，引起尿毒症，血压回升到正常或增高，出血倾向加剧，持续3～5天。

（4） 多尿期：经少尿期后尿量增加，可因脱水失盐易于再次休克，此期持续时间长短不一。

（5） 恢复期：约于第四周开始，肾脏功能逐

渐恢复，一般情况好转痊愈。

预防

流行性出血热目前有人认为传染源与野鼠有关，经过螨，蚋蜉类节肢动物作传染媒介或鼠类粪尿污染土壤、食物而引起传染。

1．消灭野鼠，停留时间较久的野外工作场地、或野外露宿时应选择地势较高而干燥的地点焚烧杂草以消灭螨类害虫，不要在草丛中坐卧，劳动后检查并除去各种害虫。

2．社员搬运稻草、脱谷、翻动草堆以及打柴等时应注意扎紧裤口、袖口、领口，以防害虫侵入叮咬。

3．剩余食物应加盖保护，以防鼠便污染。

治疗

应采取综合措施，力争早期诊断，早期休息，早期治疗。流行季节疑似本病的应即卧床休息，特别是已发生低血压的应就地抢救，避免长途搬运。降热不能用安乃近、阿斯匹林等发汗退热药，以防休克。应给予易消化的高糖、高维生素、低蛋白的流质和半流质无盐饮食。给青、链霉素预防和控制继发性感染。

1．中草药：

（1） 病初，畏寒发热，以发热为主，宜清热解毒。银花5钱，连翘4钱，板蓝根5钱，菊花，

苡仁各3钱，生甘草2钱，水煎服。

（2） 持续高热，出汗，口渴咽干，面赤舌燥，皮肤及粘膜出血，宜清热解毒，凉血止血。板蓝根1两，生地5钱，元参4钱，生石膏1两，知母4钱，丹皮、赤芍各3钱，白茅根1两，仙鹤草1两，水煎服。

加减：尿少加瞿麦、萹蓄、木通各3钱；黄疸加茵陈5钱，黄柏3钱；消化道出血加地榆炭、侧柏叶各3钱；咯血加白芨3钱；尿血加生蒲黄3钱。

2．发热期补液量不宜过多，每天给单纯的葡萄糖液1500毫升左右，不要给含盐液体，点滴速度不能快。少尿期补液量不超过1000毫升（包括饮食等的进入量）。多尿期补液量应根据尿量多少而定，并需补给盐类（钠盐、钾盐）。在补液过程中必须密切注意心肺情况以调整液体量和滴速。

3．休克期治疗：休克时应给升压药（如去甲肾上腺素或新福林等），加到10％葡萄糖液中静点使收缩压维持在90～100毫米汞柱之间。如有心音低弱，心律超过150次/分以上时，可能出现心原性休克，应用西地兰或毒毛旋花子甙以控制心力衰竭，使心律维持在正常范围。

4．出血的治疗：维生素丙每日1000～3000毫克，口服或静点。维生素K_3 3.84毫克肌注，每日2～3次。安络血10毫克肌注，4～6小时一次。

5．肺水肿的治疗：吸氧，给西地兰或毒毛旋花子甙加入10—25％葡萄糖液20毫升中，缓慢静注。

6．酸中毒的治疗：如出现呼吸深大，疲乏、眩晕、知觉迟钝甚至昏迷等则应给11.2％乳酸钠100～200毫升加入5％葡萄糖液500～1000毫升中静点。

7．发热期到少尿期可每天给氢化可的松100～200毫克静点，以后减量到停药。

流行性乙型脑炎

是由病毒侵犯中枢神经系统引起的急性传染病。经蚊子传播，流行于夏秋季，儿童较多见。主要表现为高热、昏迷、以及中枢神经系统症状。

诊断

1．流行季节（有严格的季节性）。

2．起病急，发热往往高达40℃以上，伴有头痛、呕吐、嗜睡。常在发病3～4天即出现昏睡、昏迷、惊厥。并常有脑膜刺激症状，深浅反射消失或增强，划脚掌试验阳性。可出现强直性或弛缓性瘫痪。严重者出现呼吸衰竭，或呼吸突然停止，导至死亡。

3．恢复期及后遗症：一般在退热后即恢复，少数有精神失常、失语、瘫痪、吞咽困难、震颤、

痴呆等，这些表现持续6个月以上，称为后遗症。

预防

1．发动群众消灭蚊子及其孳生场所，防蚊。

2．注射乙型脑炎疫苗。

3．草药预防，野菊花和板蓝根3钱，水煎，每天一次，每周连服三天。

4．发现病人及时报告。

5．病家及周围可用六六六等杀虫药灭蚊。

治疗

1．新针：主穴：百会、风府、大椎、曲池。备穴：外关、阳陵泉。对恢复期后遗症的治疗参阅新针、穴位结扎。

2．中草药：

单验方：

（1） 板蓝根2～4两，水煎服。

（2） 大青叶1两，煎成100毫升，1岁以下10～20毫升，1～5岁30毫升，6～10岁50毫升，11～13岁80毫升，四小时一次，热退二、三天后停药。

（3） 大青叶1两，黄芩4钱，紫草3钱，生石膏4两，丹皮、焦山栀各3钱，苦参2钱，水煎，分二次服，四小时一次。

辨证施治：以清热解毒养阴为主。

（1） 初起发热、头痛、呕吐，宜清热解毒。

板蓝根5钱，大青叶1两，连翘3钱，豆豉3钱，牛蒡子、薄荷各3钱，水煎服，一日一剂。

（2） 高热项强，烦躁谵妄，宜清热解毒生津。大青叶1两，鲜芦根1两，知母5钱，生石膏1两，甘草2钱，水煎服，每日1～2剂。

（3） 高热、谵语、惊厥、抽搐，宜清热镇痉。生石膏1～2两，知母5钱，双花1两，菖蒲1两，勾藤3钱，全蝎3钱，蜈蚣3条，大青叶1两，水煎服，每日1～2剂。另加用牛黄安宫丸1丸，一日二次。

（4） 恢复期低热不退，宜滋阴清热。生地、麦冬各5钱，青蒿、知母、白芍各3钱，甘草2钱，水煎服，一日一剂。

3．体温若持续在39℃以上，应用物理降温，不宜用安乃近等发汗退热药，以防休克。

4．止惊厥：常用药为苯巴比妥钠、水合氯醛等，并可同时应用氯丙嗪与异丙嗪等。对脑水肿引起的惊厥或反复惊厥者用脱水疗法（见“流脑”）。

5．改善呼吸功能可用洛贝林（山梗菜碱）、可拉明等。呼吸道有分泌物阻塞者，应进行吸引。因脑水肿所造成的呼吸衰竭可用脱水疗法。

6．选用抗菌素治疗继发性感染。

7．恢复期及后遗症的治疗：有神经症状者，热退后即应坚持每日或隔日针灸、按摩治疗。

森林脑炎(壁虱性脑炎)

本病由森林脑炎病毒引起的，以中枢神经系统的延髓颈段、脊髓上段病变为主的急性传染病。传染源是鼠类，借壁虱(蜱俗称"草爬子")传播，受感染的壁虱咬人后传染于人。流行高峰在4～5月份。疫区限于森林地区。发病者常为森林工作者，多见于非疫区新来的工作人员。

诊断

1．潜伏期10～15天。在流行季节有壁虱叮咬史。

2．起病急，有高热、头痛、恶心、呕吐、昏迷等，并有脑膜刺激症状。

3．病后2～3天，出现颈及四肢弛缓性瘫痪，以颈肌、肩胛肌瘫痪（头下垂俗称"抬头难"）及上肢肌瘫痪（手不能运动和感觉丧失）为最多。约经一周后，体温逐渐下降，经2～3周多数瘫痪可逐渐恢复。但少数则见肌肉萎缩以至残废。

4．少数严重者可发生吞咽困难，发音障碍及舌肌瘫痪，甚至心搏微弱及呼吸麻痹等。主要并发症为肺炎，常发生于昏迷病人。若抢救不及时，死亡率较高。

5．轻型患者较多，一般起病较缓，症状较轻，只有发热、头痛、全身不适、食欲不振，可不

发生肢体瘫痪。

预防

1．消灭蜱及预防蜱的叮咬：林区工作者要穿"五紧衣"（裤脚、袖口、领口扎紧），工作完后检查有无壁虱(蜱)、整理营地、焚烧杂草。消灭蜱可用六六六及二二三等药剂，中药有鱼藤精效力最好。

2．扑灭鼠类。

3．预防接种。

治疗

治疗以及护理、饮食、预防并发症和处理瘫痪等，可参阅流行性乙型脑炎。

后遗症瘫痪治疗同小儿麻痹。

血清疗法：恢复期病人血清，森林工作人员血浆、全血及免疫马血清均可应用。恢复期血清用量20～40毫升肌注，全血应加倍。一般在病初3天使用较好，疗程10天～1个月。

钩端螺旋体病

是由钩端螺旋体所引起的传染病。野鼠和家畜如猪、狗、牛、马等为本病的传染源。病原体随尿排出体外，污染土壤和水源，再通过人体皮肤接触而感染。主要侵犯肝、肾、肌肉或脑、肺等重要器官。流行于夏秋季。农民、饲养员多见。

诊断

1. 在流行季节（特别在大雨后）有疫水（被病原体污染的水）接触史。

2. 突然寒战高热，持续一周左右，有头痛，全身肌肉特别是腓肠肌剧烈疼痛和肌肉压痛，皮肤、粘膜有出血点。热退后有的出现黄疸，出血现象可持续加重，甚至可发生各内脏出血。多数病人有肝脏肿大。少数病人亦可有脾肿大。因肾脏损害常见血尿、少尿甚至无尿。严重病例可因肝、肾功能衰竭或大出血等造成死亡。

3. 部分病例伴有头痛、呕吐、项强等脑膜刺激症状，可出现谵妄、昏迷。

4. 轻症无黄疸、出血现象，临床上类似流感。

5. 应与传染性肝炎（黄疸型）及流行性出血热等相区别。

黄疸型传染性肝炎一年四季均可发生，钩端螺旋体病在夏秋季发生，有下水史，皮肤、粘膜出血症状出现的早，传染性肝炎多数无出血倾向，重症的有出血也不如钩端螺旋体病明显。

流行性出血热的流行季节是春末冬初，全身皮肤粘膜出血，及尿少、无尿等肾脏症状明显。一般无黄疸。

预防

1. 发动群众除害灭鼠。

2. 保护水源，防止被病鼠病畜粪尿污染。

3. 搞好个人防护，避免皮肤直接接触疫水。

4. 预防接种。

治疗

病人应卧床休息，尿要消毒处理。多喝糖水及进营养丰富食物（肝、肾功能不好应控制蛋白及水、盐进入量），避免用损害肝脏的药物。

1. 中草药：

（1） 初起恶寒发热，头痛、小腿痛，苔薄、脉浮数，宜清热解表。可用银翘解毒丸，每次二丸，一日2～3次。或用双花、连翘、黄芩、苡米各4钱，厚朴、白蔻仁各2钱，水煎服。

（2） 壮热面赤，口渴便秘，小便短黄，苔黄，脉洪数，宜清热解毒。生石膏1两，知母4钱，栀子2钱，鲜白茅根4两，生甘草2钱，粳米5钱，水煎服，每日1～2剂。

加减法：黄疸加茵陈5钱；出血加元参、赤芍、生蒲黄各3钱。

2. 早期大剂量的青霉素治疗有效。每次100万单位，一日二次，7～10天。重症可加用链霉素或其他广谱抗菌素。

3. 根据情况应给葡萄糖液静点，投给维生素乙、丙等。必要时输新鲜血。维生素K及安络血等依情况使用。

九、内科疾病

广大农村中的常见病、多发病、普遍存在的病，大部分是内科病。全国解放后，在毛主席的英明领导和亲切关怀下，许多严重危害人民健康的疾病，经过广大革命医务人员的积极努力防治，已经大大减少。但是，过去的“**城市老爷卫生部**”忠实地执行大叛徒刘少奇反革命修正主义医疗卫生路线，把大量的人力物力放在研究“高、难、深”的疾病上，抵制伟大领袖毛主席“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的指示，妄图扭转医疗卫生工作的正确方向，使农村的一些常见病、多发病得不到及时的彻底解决，继续危害广大贫下中农的身体健康。

这场伟大的无产阶级文化大革命，摧毁了大叛徒刘少奇的反革命修正主义路线。广大的革命医务人员，怀着全心全意为人民服务的红心，遵照伟大领袖毛主席关于中西医结合，运用现代科学知识和方法整理提高祖国医学的英明指示，创造了一个又一个的新医疗法，为防治农村常见病、多发病开辟

了新的途径。我们“赤脚医生”一定要彻底批判不为大多数人服务，不重视常见病、多发病的反革命修正主义医疗卫生路线。掌握好内科病的防治规律，全心全意地为贫下中农服务。

呼吸系统疾病

解剖生理概要

呼吸系统包括鼻、咽、喉、气管、支气管和肺（图9—1）。

1. 鼻、咽与喉：

鼻：是呼吸系统的大门，被鼻中隔分为两腔。鼻腔粘膜分泌粘液并长很多鼻毛，能够粘住和阻挡空气中的灰尘，使吸入的空气湿润，清洁和温暖。鼻腔内有炎症时分泌增多，即为鼻涕，感染时可流脓性鼻涕。

如鼻腔有病，鼻子不能通气，这些生理的

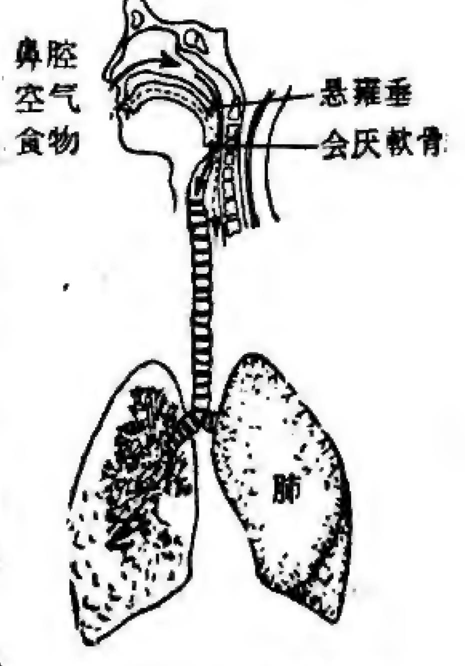


图9—1　呼吸系统

防御功能失掉后，就容易引起呼吸道疾病。

咽：上连于鼻腔和口腔后面，下接气管（在前）和食管（在后），气管上端的喉头有会厌软骨，当食物咽下时，它把喉头盖住，防止食物进入，呼吸时，它又开放，使空气通过。

喉：位于颈前中央（就是脖子上凸起的地方），上接咽，下接气管，由软骨组成，内有声带可以发音。喉粘膜受异物刺激产生咳嗽，阻止异物进入气管。

2. 气管和支气管：

喉以下是气管，再分成左右两根支气管，以后继续分支，越分越细，最末端和肺泡相连，象一串葡萄样。气管和支气管壁内面有一层粘膜分泌少量粘液，发炎时分泌物增多即为痰；刺激粘膜引起咳嗽，咯痰。支气管有平滑肌，痉挛时可使管腔狭窄，引起呼吸困难，如哮喘（图9—2）。



图9—2　喉、气管、支气管的前面

3. 肺：位于胸腔内，分左肺、右肺，上部叫肺尖，下部叫肺底。左肺分上、下两叶，右肺分上、中、下三叶（图9—3）。肺叶是由许多肺小叶组成，肺小

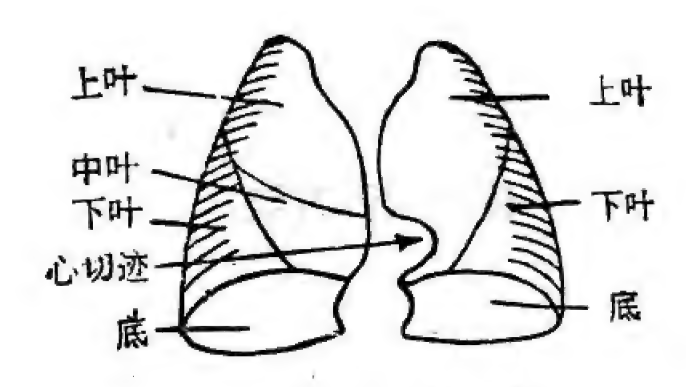


图9—3　肺的各叶

叶是由呼吸细支气管和多数肺泡组成的（图9—4）。肺泡壁有丰富的毛细血管网，因此在肺泡内能进行氧气与二氧化碳的交换。若多数肺泡壁的结构遭到破坏（如肺气肿），或者肺泡内充满了炎性渗出物（如肺炎），气体的交换受到障碍即出现呼吸困难。



图9—4　肺小叶的构造

4. 胸膜及胸膜腔：

在胸壁里面及肺表面都盖一层浆膜，叫胸膜。两层胸膜之间的间隙就叫胸膜腔。这两层胸膜是紧

贴着的，有少量的浆液，以减少呼吸运动的磨擦。有病时，胸膜腔内液体增多即为胸水。

体格检查方法

望诊

1．呼吸运动：

要注意呼吸的频率和节律的变化，无论是频率或节律出现变化，病人都可有呼吸困难，重者尚可出现呼吸辅助肌紧张现象以及发绀（口唇、面颊、指端处明显）。

呼吸频率：成人每分钟16～20次，肺部疾病、心脏病、发烧以及贫血等频率增块；浅表呼吸多为肺部疾病或心脏病，深大呼吸常见于尿毒症、酸中毒。

呼吸节律：正常人呼吸是均匀的，如果出现呼吸运动周期性的增强、减弱和暂停等不规则的节律，常见于中毒和脑部疾病。

2．胸廓：正常胸廓横径大于前后径，两侧对称的扁圆形。

（1） 桶状胸：胸廓前后径增大似桶状，常见于中、重度的咳喘病，支气管哮喘（图9—5）。

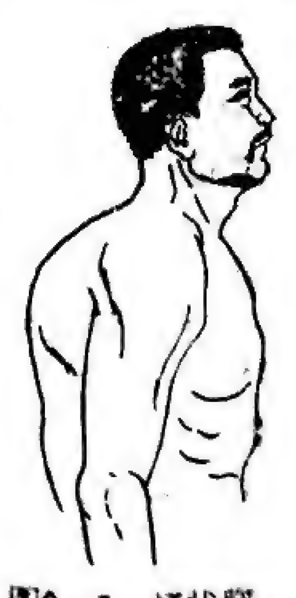


图9—5 桶状胸

（2） 鸡胸：胸骨下部明显向前突出，两边软骨下陷，常见于佝偻病。

触诊

语颤：将两手贴在胸廓的对称部位，让病人拉长音发“1——”的声音，两手即有震动的感觉，叫做语音震颤，简称语颤。

1．语颤增强：表示肺组织实变，常见于肺炎，肺脓肿。

2．语颤减弱：见于胸膜增厚，胸腔积液，气胸等。

叩诊

1．叩诊法：左手中指平放于叩诊部位，右手指屈曲，用腕力使右手中指端叩击在左手中指第二指节或第二指节与第三指节之间（图9—6、7）。

肺部叩诊先由前胸开始，先右后左，由上而下，左右对比，然后再叩背部。

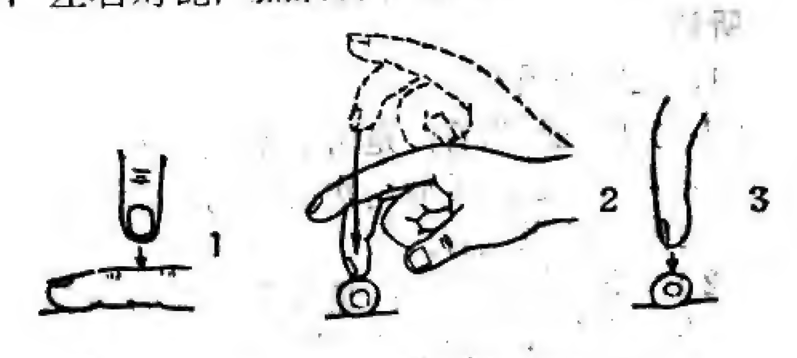


图9—6 叩诊的正确姿势

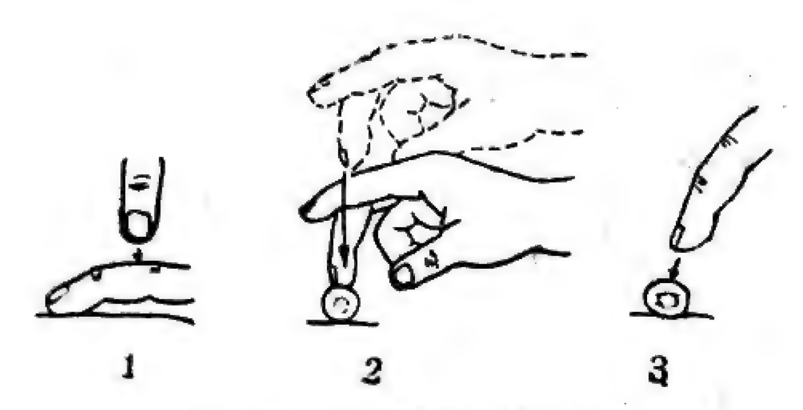


图9—7 叩诊的不正确姿势

2．叩诊音：

（1） 清音：是正常人肺部叩诊的声音。

（2） 浊音与实音：浊音比清音的音调高，音响弱。实音比浊音更明显，如叩诊实物一样（如叩击肝脏）。浊音常见于肺炎，实音常见于胸膜腔积液。

（3）鼓音：鼓音比清音的音调低，音响强。常见于气胸、支气管哮喘、中、重度感染性咳喘病等。

听诊

1．正常呼吸音：

（1） 肺泡呼吸音：是由于空气进入肺泡内使肺泡壁紧张所产生，类似用吹口哨的口形轻柔地向内吸气时发出的吸气音。

（2） 支气管呼吸音：是由于呼吸时气体通过声门发生旋流所致，极象“哈”音，但声音较强，音调较高，呼气比吸气长。正常人在喉部、胸骨上窝、背部6～7颈椎处均可听到。

2．病理性呼吸音：

（1） 肺泡呼吸音减弱或消失：肺实变时，肺泡呼吸音减弱，如肺炎。胸膜腔积液及支气管有阻塞时，肺泡呼吸音减弱或消失。

（2） 呼吸音粗糙，常见于支气管炎。

（3） 支气管呼吸音在非正常分布区出现，常见于肺实变（如肺炎）。

3．罗音：

（1） 干性罗音：支气管壁上有粘稠的分泌物或炎症肿胀时，空气通过所发出的声音。在呼气时出现。根据声音特点，分鼾音、笛音、哮鸣音（多见于支气管哮喘，感染性咳喘病）。

（2） 湿性罗音（又叫水泡音）：当肺泡和支气管内有稀薄的分泌物时，空气通过，引起液体的振动或水泡破裂而发出的声音。有大、中、小水泡音之分，见于肺炎、感染性咳喘病、肺脓肿、心力衰竭及肺水肿等。

（3） 胸膜摩擦音：胸膜发生炎症变化时，变得粗糙，呼吸时壁层和脏层摩擦而产生。在两侧腋下最易听到，见于干性胸膜炎。

上呼吸道感染

上呼吸道感染是指鼻、咽喉和气管因病毒或细

菌感染所引起的急性炎症。一般所说的伤风感冒和急性咽峡炎是本组疾病中最常见的。

诊断

1．鼻、咽喉、气管同属于上呼吸道，三者往往同时受侵，有时某个部位的症状可能突出，其他部位的症状较轻。

2．全身不适，头痛，一两天的发烧，鼻塞，流涕，咽痛，咽部发干，咳嗽，声音发哑，胸骨后烧灼感。婴幼儿患者全身症状较突出，可因高热发生惊厥。

3．体检除流涕、咽部充血外，一般无特殊异常。

4．要注意与流行性感冒（流感）以及其他急性传染病的前驱期相鉴别。流感是由病毒引起的急性传染病，呼吸道的症状轻，全身症状重，如发烧时间长，头痛及全身酸痛等均明显，传播很快，形成大流行会严重地影响**"抓革命，促生产"**。

预防

加强耐寒锻炼，患病者在患病期参加集体活动时要戴口罩。

治疗

1．新针疗法：

针刺合谷、大椎、风池、外关，头痛剧烈的加太阳，鼻塞加迎香，咳嗽加列缺配天突。

2．中草药：见"流感"。

3．高热、头痛可用解热镇痛剂或50%安乃近0.2毫升在曲池穴注射。鼻塞用1%麻黄素或鼻眼净滴鼻，咽痛可口含薄荷喉片、含碘喉片或青霉素含片。咳嗽服止咳祛痰剂。咳嗽、咯痰明显或伴有呼吸困难现象的，可酌情使用抗菌素及磺胺类药物。

感染性咳喘病

感染性咳喘病是包括慢性支气管炎和在此基础上产生的肺气肿和肺原性心脏病。因为这三者在起病、病程经过、以及防治上均有密切关系。反复地细菌感染，对本病的发生、进展，也是重要因素之一，所以将此三者总称为感染性咳喘病。并将其病程分为轻、中、重三个阶段。轻度的仅有咳嗽；中度的有咳嗽、气喘；重度（症）的有咳嗽、气喘和水肿。

本病是东北最常见的呼吸道疾病之一，主要是因长时期的物理性或化学性刺激及细菌的反复感染所引起。在农村中寒冷和烟（如烟呛或吸烟）的物理性刺激，多为起病的主要诱因。正常人的鼻腔能够使吸入的空气湿润、清洁、温暖。气管、支气管本身也具有自洁的防卫功能。鼻腔通气不畅（如鼻炎时）或对寒冷缺乏锻炼，过冷的空气直接进入气道深部，可使支气管粘膜的血液循环及生理功能受到局

生，所以寒冷和烟对呼吸道的刺激均可为细菌感染制造了条件。鼻炎、副鼻窦炎、口腔内以及咽峡部的慢性炎症，都会增加感染机会，因此上述疾病对感染性咳喘病的发生与进展均有重要关系。

当气管、支气管形成慢性炎症之后，如果不能适宜地得到控制，久之必然要损及肺实质造成肺气肿。当肺泡壁的结构以及微血管遭受破坏之后，因肺动脉压增高而累及心脏，最后发展到心力衰竭。

诊断

（一）轻度感染性咳喘病（支气管炎阶段）

1．咳嗽、咯浆液、粘液性痰，每年在寒冷季节复发或加重。一般无呼吸困难现象。

2．肺部听诊有时有呼吸音粗糙，或肺底部可听到较少的干、湿性罗音。

3．在寒冷季节容易受气候变化影响，可因反复地继发性感染使病情逐年加重。

（二）中度感染性咳喘病（肺气肿阶段）

轻度感染性咳喘病未能得到适当控制，逐渐损及肺实质，产生肺气肿。

1．病人除有咳嗽及咯痰外，在走路或劳动后伴有气喘，甚至影响生产和工作。

2．查体：颈静脉显示有充盈现象（立位及坐位），胸廓前后径增大，心浊音界缩小，心率正常或稍快（每分钟不应超过85次）。肺底部往往可听到

干、湿性罗音。

3．容易并发肺部感染，使咳嗽、咯痰加重，甚至发烧。有的可因支气管痉挛出现阵发性呼吸困难（清晨时多见），临床上往往把这种状态叫哮喘性支气管炎。

（三）重度（症）感染性咳喘病（肺心症阶段）

是中度感染性咳喘病在肺功能障碍基础上进一步发展至心力衰竭。

1．咳嗽、咯白色或黄色痰。活动及走路后气喘、心跳加重。重者不能平卧、时有发烧（肺部的继发性感染），因缺氧及二氧化碳蓄积，发生肺性脑病，表现意识模糊，谵语及昏迷。

2．口唇及指端明显发绀，颈静脉充盈，肝肿大，下肢浮肿，甚至全身性浮肿及腹水。肺部有多数干、湿性罗音。

（四）应与下列疾病鉴别

1．肺结核：感染性咳喘病咳嗽、咯痰等呼吸道症状明显，几乎没有肺结核那样的全身症状；肺结核在早期即可有发热、食欲不振、疲劳无力、盗汗等全身症状，而咳嗽、咯痰症状有时轻，但易有咯血。

2．尘肺：是由于吸入生产性粉尘引起的一类职业病。在尘肺中以矽肺为多见。矽肺病人有

咳嗽、咯痰，重者可有呼吸困难甚至发展成为肺心症。此病在农村中较少见，因患矽肺必须有接触矽尘的职业史，肺部X线检查有结节状阴影。

3．支气管哮喘：本病是过敏性疾病，主要是由支气管发作性痉挛所引起的呼吸困难。到后期并发有肺气肿、肺心症时颇类似感染性咳喘病，此时期主要是靠病史来区别。

预防

感染性咳喘病是东北最多见的呼吸道疾病。由于过去"**城市老爷卫生部**"执行了修正主义医疗卫生路线，对这样一个危害广大人民群众健康的多发病，没有给予重视。感染性咳喘病的发病以及治疗虽然许多方面尚待进行研究，但是寒冷、烟呛、吸烟以及灰尘等对感染性咳喘病的发生占有重要作用。因此，广泛宣传关于预防咳喘病的卫生知识，如加强对耐寒的锻炼，修好炕灶、烟囱，防止冒烟，劝阻少吸烟或戒烟，特别是对已发病的更是重要。对粉尘多的生产劳动（如制米），要注意保护呼吸道的健康，及时地治疗鼻炎、副鼻窦炎、口腔内以及咽峡部的慢性炎症病灶，对防止咳喘病的反复感染与进展，都具有一定的意义。

治疗原则

感染性咳喘病在各个不同的阶段上有其特点又有其共性。因此在每一个阶段上的治疗有其共同点，

又有其特殊要求。在轻度阶段因炎症部位尚仅限于气管、支气管，此时控制感染，止咳、祛痰是主要的治疗法。到中度阶段除了止咳、祛痰、抗感染以外，还要解决肺功能障碍问题。对晚期重症阶段还要解决心力衰竭问题。对感染性咳喘病的各个阶段的治疗，也一定是"**不能把过程中所有的矛盾平均看待，必须把它们区别为主要的和次要的两类，着重于捉住主要的矛盾**"。

1．新医疗法：

新针（见140页）；耳针（见166页）；经穴（见196页）；埋藏（见179页）；割治（见214页）。

2．中草药：

轻度感染性咳喘

单验方：

（1）旋复花1两（包），炒杏仁5钱，五味子3钱，水煎服。

（2）沙参、百合各5钱，贝母2钱，水煎服（用于咽干、干咳、肺虚症）。

（3）瓜蒌、白矾各5钱，贝母1两，冰糖5钱，共研为末，每次1钱，日服二次（用于咯痰不畅者）。

（4）麻黄、黄芩、川芎、枳壳各2钱，生石膏3钱，甘草1钱，共研为末，每次1～2钱，每日三次（用于黄粘痰或发热者）。

辨证施治：以止咳祛痰为主。

紫菀、百部各3钱，陈皮、桔梗、白前、甘草各2钱，水煎服。

加减：发热、脓性痰加双花、黄芩、枇杷叶各3钱；干咳、痰少加沙参、麦冬各3钱；痰多不易咯出加海浮石、桑白皮各3钱；咳嗽重加贝母、冬花各3钱；痰中带血加白茅根5钱；气喘加葶苈子、苏子各3钱。

中度感染性咳喘

单验方：

（1）米壳4钱，五味子、杏仁、海浮石各5钱，贝母1.5两，枯矾2钱，炙麻黄5钱，共研为细末，制蜜丸重3钱，每日早、晚各服一丸。

（2）将生鸡蛋放入五味子水中浸泡7天，泡到蛋壳发软时，喝其水，并将鸡蛋煮熟吃，每日早、晚各一个。

（3）麻黄3钱，杏仁6钱，五味子3钱，甘草2钱，全蝎1钱，共研为细末，每日分6次服。

辨证施治：以止咳化痰定喘为主。

麻黄、紫苑各3钱，杏仁4钱，甘草2钱，水煎服。

加减：如发热或痰稠难出、舌苔黄偏于热者加桑白皮、黄芩各3钱；畏寒喜热，痰稀薄、白，易咯出、舌苔白偏于寒者，加百部、姜半夏、莱菔子各3钱；气喘甚者加白果3钱，葶苈子、苏子各2钱；胸闷痰稠不易咯出加瓜蒌皮3钱，旋复花(包)5钱；心悸或失眠者加五味子、远志各3钱；久病乏力气虚者加黄芪5钱，党参2钱。

重度感染性咳喘

中草药：参阅中度感染性咳喘和心力衰竭症。

3．哮喘（治疗）疫苗注射：用于有反复感染的轻、中度病人（此疫苗是由呼吸道常见的三种细菌灭活后制成的），最好选择在容易发病的季节开始注射，由0.1毫升开始，皮下注射，每周一次，每次增加0.1毫升，增至0.5毫升后不再增加。连续注射20次或再多。一般仅有轻度的局部反应，很少出现全身反应。如局部反应强，可暂不增量。连续注射数次反应减轻后再增加。如有全身发烧可将原疫苗稀释10倍从小量开始注射。

4．控制感染：

轻度及中度的感染性咳喘病人，一般情况下不必使用抗菌药物。如有黄色痰或发烧时可用抗菌药物。

5．对咳嗽、咯痰的处理：

（1）对咳嗽剧烈痰少的用复方甘草合剂5～10毫升，每日三次口服。妥克拉斯（咳必清）25毫克口服，每日三次。

（2） 咳嗽剧烈、痰粘稠咯出困难的：

远志糖浆2～8毫升口服，每日三次。氯化铵0.3～0.6口服，每日三次。

止咳、祛痰药的使用必须适宜选择，特别是对止咳药的使用要注意，对重症咳喘病的病人，痰量较多使用止咳药后，使痰液在肺内淤积，容易加重呼吸困难及感染。

6．对气喘的处理：

（1） 感染性咳喘病人的气喘因肺部感染引起，使用祛痰药及抗菌药物控制感染；因支气管痉挛产生气喘的用氨茶硷及卤硷液注射，如无心力衰竭可用盐酸麻黄硷、百喘朋。如因心力衰竭产生的则按心力衰竭进行处理。

（2） 发绀严重及出现肺性脑病的，注射可拉明等呼吸中枢兴奋药。有条件时可小量持续吸氧。

7．心力衰竭的处理：

（1） 选用抗菌素控制感染。

（2） 强心药（氨茶硷、心甙类药物）。

（3） 利尿药：双氢克尿塞、氯噻酮、乙酰唑胺（醋氮酰胺），严重的可用安体舒通（螺旋内酯）每次100～150毫克，每日四次口服。氨苯喋啶每次50～100毫克，每日三次口服。如仍无效时可用汞撒利茶硷。

支气管哮喘

支气管哮喘（中医称做哮喘）是支气管痉挛引起的发作性呼气性呼吸困难。其病因可以是内在的，如体内的感染病灶；也可以是外来的，由于食入、吸入或接触某种过敏原，如鱼虾、花粉、绒毛、油漆等。往往因寒冷或呼吸道感染所诱发。

诊断

1．有反复发作史。

2．常突然发病，胸闷、气喘，呈呼气性呼吸困难，喉间发出喘鸣音。病人常被迫坐起，端坐呼吸（有助于呼吸的体位），出汗，精神紧张。每次发作多在数小时内自行缓解。也有2～3天不缓解的，称哮喘状态。并发感染的有发烧。

3．查体：颜面、口唇、指甲发绀，发作中肺部可听到广泛的喘鸣音。病程久的可并发有肺气肿及肺心症，此时期听诊肺部经常有湿罗音。

预防

平时加强锻炼身体，增强抵抗力。体内有感染灶，应进行彻底治疗。

治疗

1．新医疗法：

新针（见140页）；耳针（见166页）；经穴（见196页）；钢圈埋藏（见207页）。

2．中草药：

单验方：

① 麻黄2钱，杏仁3钱，甘草1钱，每日一剂，水煎，二次服。连服2～3日。

② 蚯蚓洗净烘干，研成粉，每次1钱～1.5钱，一日三次。

③ 麻黄、五味子、甘草各等分，共研成末，每服1钱，日服三次，开白水送下。

④ 艾叶1斤加水6斤，慢火熬8～9小时后，去渣取汁，约5两左右，成人每次1钱～2钱。

⑤ 地龙5钱，葶苈子3钱，共研成末，每服1钱，一日二次，开水送下。

⑥ 五味子半斤，白糖适量，煮沸30分钟，倒入瓷盆，凉后放进鲜鸡蛋浸泡，7天后蛋壳变软，即可服用，每日早、晚各一个。

⑦ 生信石2份，淡豆豉17份，糯米粉（或藕粉）1份，水泛为丸，每隔3～7天服3～5厘。

⑧ 沉柏散：顶沉香0.5钱，侧柏叶1钱，研成细粉，睡前顿服。

⑨ 麻黄流浸膏4钱，瓜蒌炭4钱，白矾1.6两，朱砂4钱，水泛为丸，每次0.3～0.5钱。

⑩ 天天果（鲜），酒泡7天，每次服20毫升，一日三次。

辨证施治：

① 哮喘，稀薄白沫痰，喜热饮，畏寒，舌苔

薄白为主症，宜温肺散寒，止咳平喘。

麻黄3钱，细辛1钱，半夏3钱，五味子3钱，干姜2钱，白果仁4钱，水煎服。

加减：痰多加桔梗1.5钱，远志3钱，硼砂1钱；胸闷不得卧加苏子、莱菔子各3钱。

② 哮喘，粘稠样黄痰，胸闷面赤，舌苔黄腻为主症，宜宣肺清热、化痰平喘。

麻黄3钱，杏仁3钱，石膏6钱，甘草2钱，黄芩3钱，水煎服。

加减法：高热加连翘4钱，牛蒡子3钱，芦根6钱；咳嗽重加紫苑、川贝各3钱；痰多不畅加硼砂1钱，海浮石3钱；便秘加瓜蒌3钱；喘不得卧加葶苈、白芥子各3钱。

3．哮喘（治疗）疫苗注射：

哮喘疫苗注射，对于因感染性诱发的哮喘效果较好。非感染性诱发的亦可试用，最好在好发期间开始注射（用法见感染性咳喘病）。

4．缓解支气管痉挛药：

（1） 5％葡萄糖卤硷液20毫升静注。

（2） 氨茶硷0.1～0.2克，每日三次口服。2.5％氨茶硷10毫升加25％葡萄糖20毫升，静注，每日1～2次。

（3） 麻黄素25毫克，每日三次口服。

（4） 硫酸异丙肾上腺素5～15毫克，舌下含，

每日三次。有动脉硬化心脏病者忌用。

用氨茶硷、麻黄素时可并用镇静药如异丙嗪、苯海拉明、扑尔敏、安宁片等药。

（5） 0.1%肾上腺素0.3～0.5毫升，皮下或肌肉注射。如不缓解，可15～30分钟后重复注射，连续数次直至发作停止。连续注射时，每次不超过0.3毫升。心脏功能不好的忌用。

5. 哮喘持续状态用上法治疗无效者用下药：

（1） 氢化可的松100～200毫克（加入葡萄糖液内）静脉滴注。待哮喘初步控制后，改口服强的松5～10毫克，每日3次。连用数日后停药。

（2） 0.25%普鲁卡因 100～200 毫升静脉滴注。

（3） 氨茶硷0.5克，加入5%葡萄糖500毫升内静脉滴注。

（4） 有条件可吸氧气。

（5） 用抗菌素控制或预防感染。

细菌性肺炎

是因细菌感染在肺部引起的急性炎症，包括大叶性肺炎及支气管肺炎（小叶性肺炎）。常见的致病菌有肺炎双球菌、溶血性链球菌、葡萄球菌、肺炎杆菌，其中以肺炎双球菌引起的为最多见。肺炎双球菌只是起病的条件之一，能不能引起肺炎，以及

出现什么样的临床变化还要取决于机体本身的内在因素。有的是在健康状态下因着凉、过度劳累所诱发；有的继发于急性传染病、各种慢性疾病（特别是肺部疾病）、手术以及外伤后等。

诊断

1. 发病有急、有慢（特别是继发于其他疾病的），有发烧、畏寒、头痛、咳嗽、咯痰（有的有铁锈色）、胸痛及呼吸困难。少数人有恶心、呕吐、腹痛。

2. 查体：呈热性病容，多有发绀，体温呈稽留热或弛张热。听诊时可听到中、小水泡音，有的出现支气管呼吸音，叩诊有浊音，病变部位语颤音增强。早期或炎症范围小的，体征不明显。化验检查白细胞计数增高。

3. 严重者除上述表现外，出现周围循环衰竭，即呼吸浅表、脉搏速弱、出冷汗、四肢潮凉、血压下降、躁动不安，甚至昏迷。若抢救不及时，容易死亡。

4. X线检查肺部有炎性阴影。

5. 本病应与下列疾病鉴别：

（1） 病毒性肺炎：由病毒引起的肺炎，成年人少见，婴幼儿稍多。在成年人所见到的病毒性肺炎，即一般所说的原发性异型肺炎，此病在青壮年易发生。临床特征是：咳嗽、咯痰等呼吸道症状比细菌性肺炎明显，全身中毒症状轻微，四环素族

抗菌素对本病有良好效果。

（2） 肺脓肿：本病在发病之初，即可有多量咯痰，约经过1～2周脓肿形成后，可突然咯出大量脓性痰，全身症状常较细菌性肺炎轻。

预防

1. 加强体力锻炼，增强抵抗力，在过分疲劳后要注意避免受凉及发生感冒。

2. 对术后和昏迷病人要注意勤翻身。变换体位，并注意口腔清洁。

治疗

1. 中草药：

单验方：

① 双花或蒲公英各1～2两(鲜)、干者0.5～1两，水煎服。

② 大青叶2两，芦根1两，水煎服。

③ 双花1两，当归5钱，黑元参2钱，蒲公英3钱，水煎服。

辨证施治：

① 病初发热恶寒，咳嗽黄痰，头疼无汗，舌苔薄白，宜清肺解表。双花1两，连翘5钱，鲜芦根2两，冬瓜子1两，牛蒡子5钱，水煎服，每4～6小时一次。

② 高热面赤、呼吸短促、口渴出汗、舌苔黄，宜清热宣肺。麻黄2钱，杏仁3钱，石膏1两（研

成粉)，连翘1两，黄芩5钱，生甘草2钱（后下）水煎服，每4～6小时一次。

加减法：胸痛加瓜蒌3钱；咳重加桔梗、大贝各3钱；咯血加茅根5钱或仙鹤草3钱；口渴加生地5钱、寸冬3钱。

2. 抗菌素治疗：

（1） 青霉素20～60万单位肌肉注射，每日2～4次。可并用链霉素，每日1克。

（2） 对青霉素过敏或经用药后无效的改用四环素族抗菌素或磺胺类药物。

若用药1～2天后体温降至正常，症状好转，继续用三日后停药。

3. 对休克的抢救措施：

（1） 增加青霉素用量，加用四环素或金霉素静脉点滴。

（2） 升压药的选用，详见“流行性脑脊髓膜炎”治疗。

（3） 输液：对有克山病史或其他心肺疾病的以及老年人，输液速度宜缓慢，每分钟20～40滴，用量不可过多。

（4） 氢化可的松100～200毫克静脉滴入。

（5） 有心力衰竭征象的用毒毛旋花子甙K或西地兰静注。

（6） 发绀严重，有条件可吸氧，咳嗽明显的

用止咳祛痰药。

肺脓肿(肺化脓症)

肺脓肿中医称做肺痈，是肺实质的化脓性炎症。在急性期有高热及咯大量的脓性痰。如治疗不及时，可转为慢性，遗留有长期咳嗽、咯痰（脓性）、反复发烧以及全身营养障碍等。

诊断

1．常因异物吸入，呼吸道以及身体其它部位感染性疾病所引起。

2．发病较急，有高热、咳嗽、胸痛、呼吸困难等肺实质性炎症表现。1～2周后，脓肿形成，可穿通支气管，突然咯大量脓臭痰，此后发烧降低。

3．病变部位叩诊呈浊音或实音；听诊有水泡音。

4．在转为慢性时可因支气管引流不通畅，反复引起发热，痰量忽多忽少，有时咯血，全身营养障碍，出现杵状指。

5．转为慢性经过的肺脓肿与支气管扩张症颇相似，所不同的是：肺化脓症开始时有一段急性发病经过，支气管扩张症则有长期性的慢性咳嗽、咯痰（脓性）或反复咯血病史。肺部听诊有固定性湿罗音。当炎症波及到肺部，并发肺脓肿后，出现发

烧及痰量增多。

治疗

发烧或咯痰量多的要休息，充分饮水及加强营养。

1．中药治疗：

（1） 马齿苋4两，水煎成膏，加入蜂蜜1两，每次2钱，每日三次。

（2） 百合、板蓝根各5钱，蒲公英1两，水煎服。

（3） 鱼腥草1两，桔梗5钱，加水二碗，煎汁十分钟，滤过，一日分三次服。

（4） 芦根、苡仁、冬瓜仁各5钱，桃仁3钱，水煎两次，每次由两碗煎成半碗，日分三次服，连服3～5日。

（5） 双花2两，鲜小蓟汁3两，双花煎汁混合服下。

辨证施治：宜清热解毒排脓。

初期：双花5钱，蒲公英1两，黄芩5钱，芦根1两，鱼腥草1两，冬瓜子5钱，水煎服，每日1～2剂。

成痈期：上方加桃仁、桔梗、白蔹各3钱，苡仁1两，水煎服。每日1～2剂。

溃脓期：元参、沙参、生地、当归、寸冬、合欢各3钱，水煎服。

2．体位引流：

摆成脓痰易咯出的体位。即病变在上叶者取坐位，病变在下叶者取俯卧位，每次30分钟。有高热及心脏功能不好的暂不采用体位引流方法。

3．抗菌素治疗：

青霉素40～80万单位，每天3～4次肌注，加用链霉素1克，或与其它广谱抗菌素联合使用。肺化脓症的治疗时间要长，一般要三个月左右或更长时间，直至咳嗽、咯痰消失为止。

4．抗菌素治疗3个月不愈者应考虑手术治疗。

5．对症治疗：

肺脓肿痰量较多，不可用止咳作用强的止咳药（如妥克拉斯、樟脑酊等）。对咯血者的止血见“咯血”。

循环系统疾病

解剖生理概要

循环系统由心脏及血管组成，通过血液在心血管内的循环流动，把氧、营养物质和内分泌素等身体所需要的物质运送到全身各组织，又将各组织内的代谢产物经肾、肺、皮肤等器官排出。

1．心脏由心肌构成，有右心房、右心室、左心房、左心室四个腔。心脏内有心内膜，心脏外有浆膜包着，称心包。心包分为脏层和壁层，两层之间有个密闭狭窄的腔，叫心包腔。内有少量液体，可以减少心脏和周围的摩擦。右心房和右心室间有三个瓣膜构成活门，称三尖瓣。左心房和左心室间有二个瓣膜构成活门，称二尖瓣。左、右心室和动脉之间各有三个半月形的瓣膜构成活门，分别称为主动脉瓣和肺动脉瓣。这些瓣膜只能向一个方向开，使血液向一个方向流，不会倒流（图9—8、9）。当这些瓣膜因风湿病等原因造成关闭不严或开放不全（狭窄）时，都会引起血液循环障碍，是常见的一种心脏病。

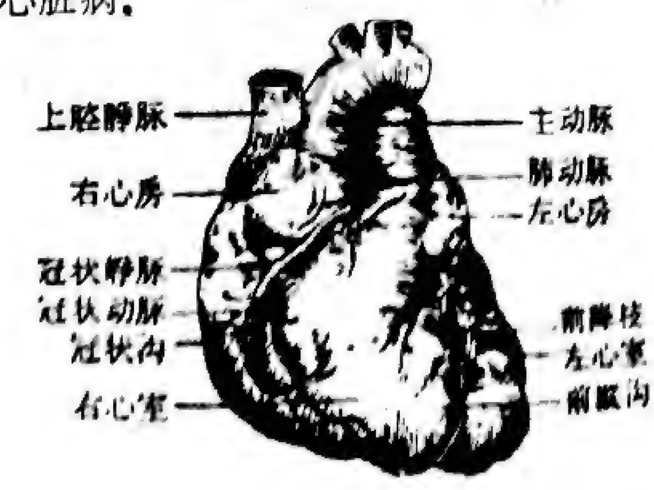


图9—8　心脏外观

（1）右心房：与上、下腔静脉相连接，接受

全身回流到心脏的血液。

（2）右心室：与右心房相通，又与肺动脉相接；接受右心房来的血，将血压入肺动脉。

（3） 左心房：与肺静脉相通，接受肺静脉回流到心脏带氧气的血液。

（4） 左心室：与左心房相通，又与主动脉相接，接受左心房来的血，将血压入主动脉。

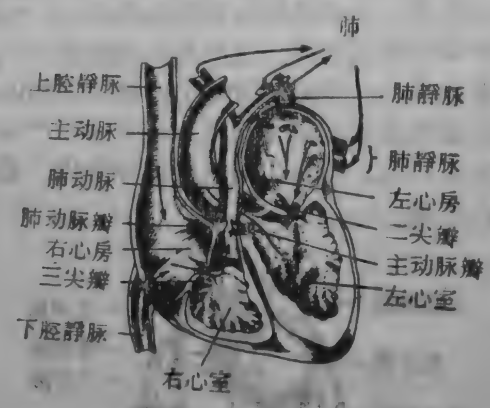


图9—9 心脏剖面

2. 血管（动脉、静脉及毛细血管）

离心的血所通过的血管叫动脉。它越分越细，变成毛细血管网，以后又越汇集越粗成为静脉。最后汇合成上、下腔静脉回到心脏。动脉壁较厚，且有弹性，对维持血压和帮助心脏把血液送到全身有重要作用。静脉管壁较薄，在皮下的浅层静脉可以

看得见。静脉是全身血液回心的管道，注射药物到静脉中，可由血液带到心脏送到全身。毛细血管壁很薄，有些物质可以透过，血液在此进行物质交换（图9—8、9）。

3. 血液循环途径有体循环和肺循环两条。

（1） 体循环 又叫大循环。血液由左心室进入主动脉，又经过身体各处的动脉、毛细血管、静脉、最后由上、下腔静脉回到右心房，完成体循环。

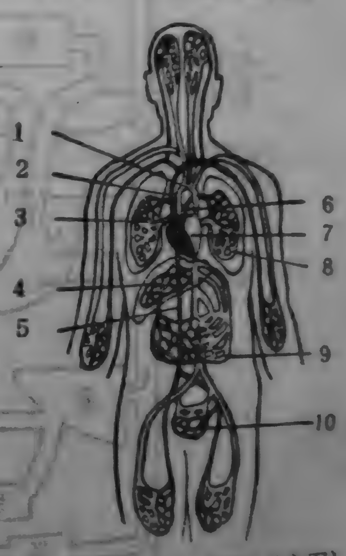
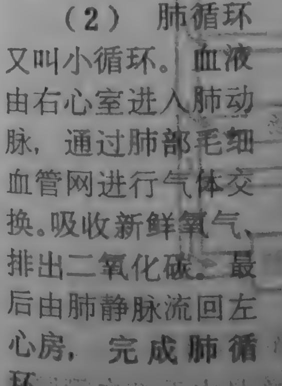


图9—10 全身血液循环(示意图)

1. 主动脉 2. 上腔静脉 3. 肺静脉 4. 分布在肝脏的血管 5. 下腔静脉 6. 肺动脉 7. 心脏 8. 分布在臂上的血管 9. 分布在腹腔其它器官的血管 10. 分布在膀胱等器官的血管

（2） 肺循环 又叫小循环。血液由右心室进入肺动脉，通过肺部毛细血管网进行气体交换。吸收新鲜氧气、排出二氧化碳。最后由肺静脉流回左心房，完成肺循环。



体循环和肺循环这二条循环途径连在一起组成为人体一条完整的循环途径（图9—10、11）。

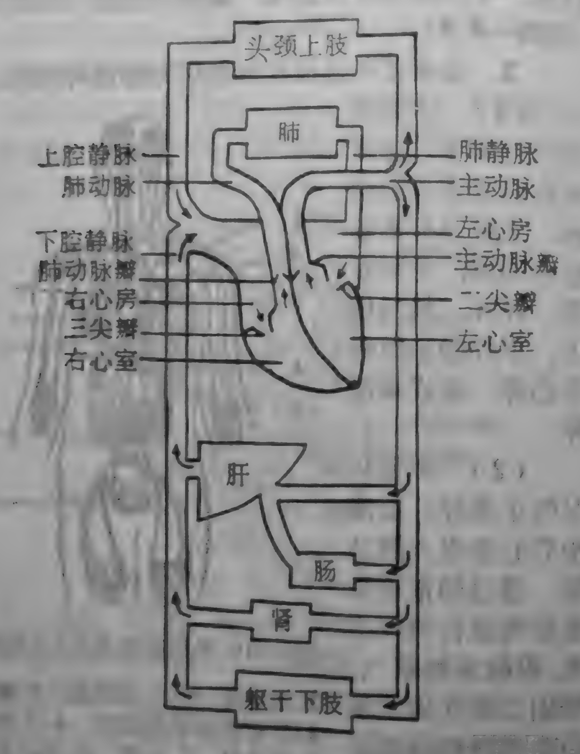


图9—11 体循环和肺循环示意图

4. 组织液的生成：组织液是由毛细血管壁透过到血管周围组织间隙的液体，此液体又不断通过毛细血管和淋巴管回到静脉中去，这样就能带进氧气和养料，带出二氧化碳和其他废物。

正常组织液的产生和回流是保持一定平衡，当毛细血管受到损伤，血浆成份的改变，静脉压的升高，都能使组织液的生成或回流发生改变，如组织液积存过多即形成水肿。因呕吐、腹泻、出汗过多等造成血浆及组织液中的水份减少，叫做脱水。严重的脱水可因血容量减少发生休克及电解质平衡紊乱。

5. 正常人的心脏每分钟搏动60～80次。身体活动增加，心搏次数增多。血液的流动主要靠心室的收缩和舒张。心室收缩时产生压力，迫使血液流入动脉，并推动血液向前流动，这时血液对血管壁的压力叫做血压。在心脏收缩时血压较高，成年人肱动脉血压的正常值是130～90/80～60毫米汞柱，血压持续在140/90毫米汞柱以上者为高血压。若收缩压和舒张压均低于正常值，即为低血压。

体格检查方法

望诊

主要观察紫绀及心尖搏动的位置，正常的心尖搏动在左侧第五肋间锁骨中线内侧。风湿性二尖瓣病人面颊部呈紫红色，称二尖瓣面容。

触诊：用右手掌尺侧缘或用食、中指的前端放在心尖部，检查心尖搏动强度、节律及震颤（象在猫的喉部触到的颤动一样，又叫猫喘），二尖瓣狭窄，可触到舒张期震颤。

叩诊：

1．胸壁划分法（图9—12、13、14）：

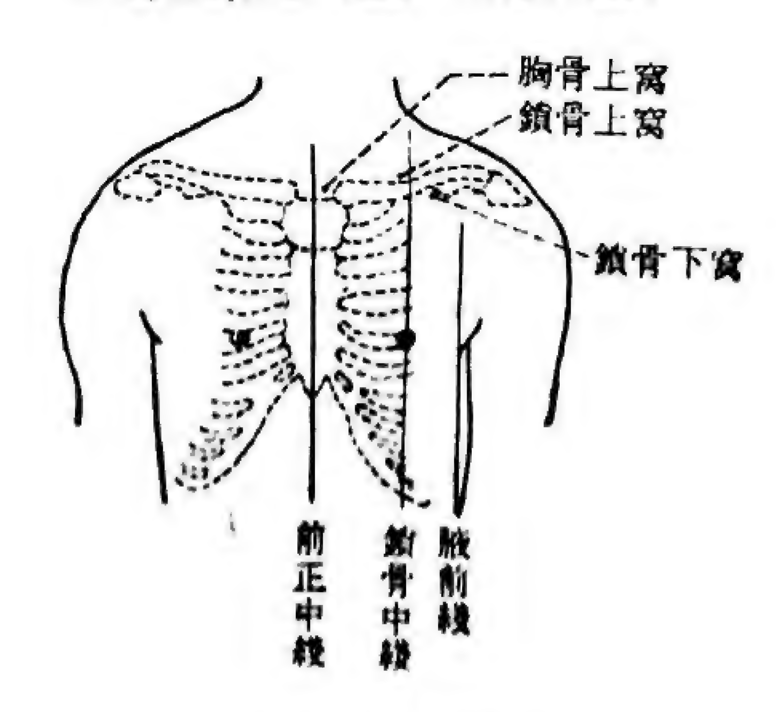


图9—12 胸部标志线

2．正常心浊音界：左侧第二肋间距正中线2厘米，第三肋间为2～3厘米，第四肋间为5厘米，第五肋间为7～9厘米，相当于锁骨中线内侧。右侧因有胸骨不易叩出（图9—15）。

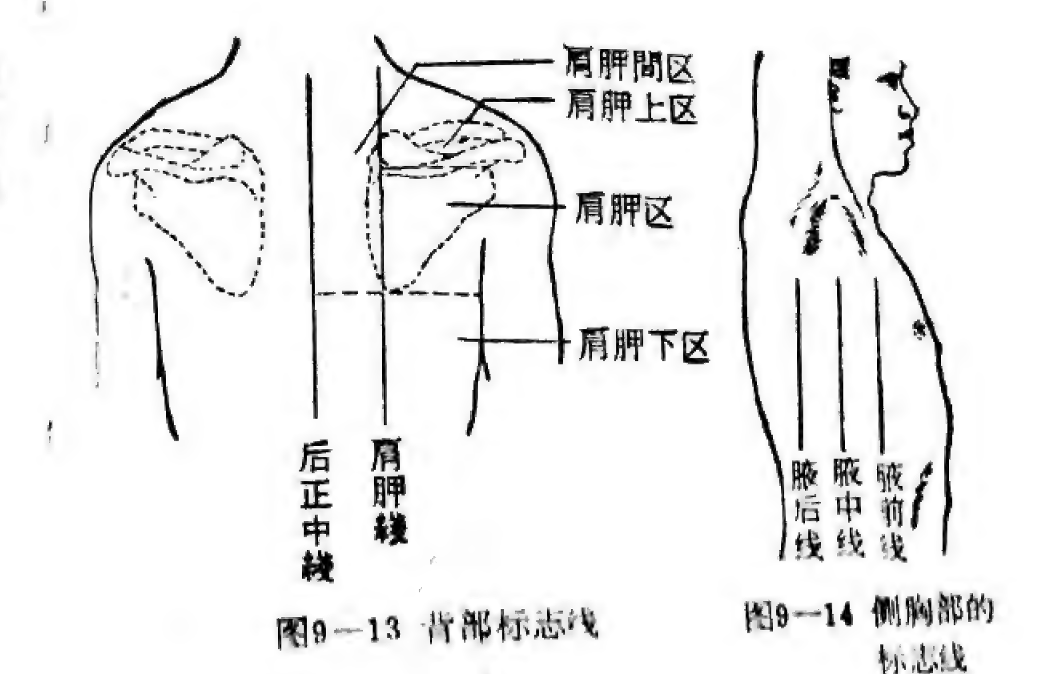


图9—13 背部标志线

图9—14 侧胸部的标志线

方法：先右后左，右侧自肝浊音界所在之肋间，由下而上，由外向内进行。

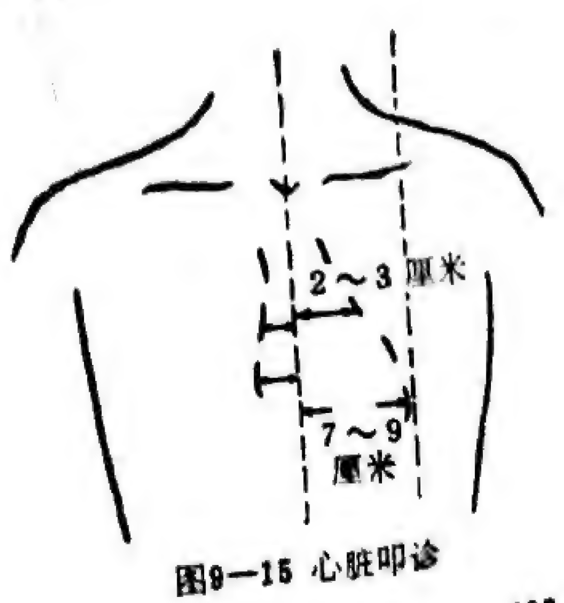


图9—15 心脏叩诊

3．心脏叩诊的意义：

当左心室增大时，心浊音界向左下扩大，超过锁骨中线，常见于二尖瓣关闭不全，高血压性心脏病；当右心室扩大时，右侧心浊音界可扩大，常见于二尖瓣狭窄及肺原性心脏病；心浊音界普遍增大，常见于心肌炎，风湿性联合瓣膜病，心包炎等。心浊音界缩小多见于肺气肿。

听诊：

1．心脏听诊部位（图9—16）：

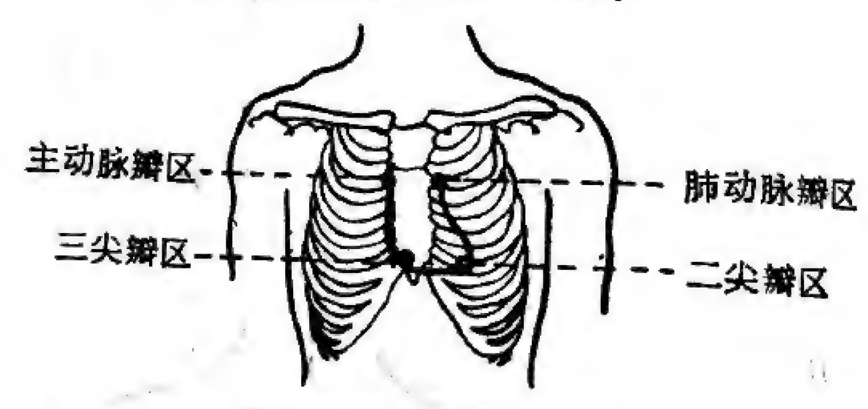


图9—16　心脏听诊的部位

二尖瓣区：心尖部。
三尖瓣区：胸骨下端稍偏右。
主动脉瓣区：胸骨右缘第二肋间。
肺动脉瓣区：胸骨左缘第二肋间。
主动脉瓣第二听诊区：胸骨左缘第三、四肋间。

2．心音：心脏在搏动时所产生的声音称为心

音。正常时一个心动周期中能听到两个声音（“咚～嗒”）。

（1）　第一心音：与心尖搏动或颈动脉搏动同时出现。其特点音调低，持续时间较长，在二尖瓣区最清楚。表示心室收缩的开始。

（2）　第二心音：出现于心尖搏动与颈动脉搏动消失时。其特点音调高，持续时间较短，在主动脉瓣区和肺动脉瓣区最清楚。表示心室舒张的开始。

第一心音与第二心音之间的时间称收缩期。第二心音与下一次心动的第一心音之间的时间称舒张期。

3．心杂音：

（1）　心杂音的产生：主要是由于血流通过狭窄处，血流发生旋涡，冲击心壁或血管壁所致（图9—17）。

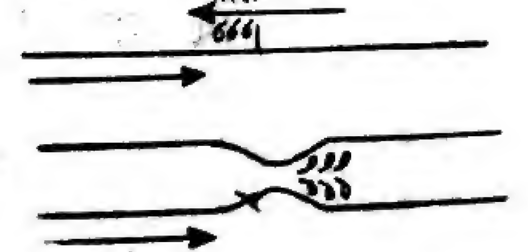


图9—17　心杂音生成图解

（2）　心杂音的分类：

①　器质性杂音：是由于心脏本身或其瓣膜发生器质性变化而出现的异常音响。又可分为收缩期杂音和舒张期杂音两种。而舒张期杂

音都是器质性杂音。

收缩期杂音：产生于心脏的收缩期，杂音与第一心音相合，在第一音和第二音的中间任何时间内发生的杂音。在心尖区听到吹风样的收缩期杂音，常见于二尖瓣关闭不全，高血压性心脏病；在主动脉瓣区听到响亮而粗糙的收缩期杂音，常见于主动脉瓣狭窄。

舒张期杂音：产生于心脏的舒张期，与第二心音相合，在第二音与第一音的中间任何时间内发生的杂音。在心尖区听到隆隆样的舒张期杂音，为二尖瓣狭窄；在主动脉瓣区听到吹风样或灌水样舒张期杂音常见于主动脉瓣关闭不全。

② 功能性杂音：心脏本身并没有器质性变化，仅因种种机能的原因而发生的杂音，如贫血、发烧，多为轻度吹风样收缩期杂音。

风 湿 病

本病是和溶血性链球菌感染有关的全身性疾病。多见于青少年。临床表现以心脏炎、关节炎为主，常伴有发热、皮疹、皮下小结、舞蹈症等症状。急性发病后，常遗留有心脏瓣膜损害。

诊断

1．发病前1～3周可有扁桃体炎或上呼吸道感染史。

2．发热：热型不规则，常伴有多汗。

3．关节炎：常先后侵犯膝、踝、肘、腕等大关节，关节局部有红、肿、热、痛，呈游走性发作，发作后关节可恢复正常。

4．心脏炎：心肌、心内膜、心包膜均可受侵犯。表现有心慌，气短，心率快，节律不规则，心脏扩大，心音弱，有时有收缩期吹风样杂音，严重者可发生心力衰竭。有心包炎时可听到心包摩擦音。

5．皮肤症状：

（1） 环形红斑：多出现在躯干和四肢，红斑迅速扩大，中心则消退，呈环状或半环状，1～2天消退。

（2） 皮下小结：多在关节周围骨质突出部位，米粒大或黄豆粒大，质硬，与皮肤无粘连，有压痛。

6．舞蹈症：常见于女孩，表现四肢和颈部发生不自主不协调的急速运动。

7．风湿病得到控制后，心脏瓣膜常因炎症形成瘢痕，缩短，纤维粘连，致使瓣膜发生狭窄，关闭不全，或二者同时存在，而使心脏发生不同程度的功能障碍，叫做风湿性心脏瓣膜病。如在心尖部听到隆隆样舒张期杂音，为二尖瓣狭窄；听到响亮的收缩期杂音为二尖瓣关闭不全；如在主动脉瓣区

或主动脉瓣第二听诊区听到舒张期杂音为主动脉瓣关闭不全；听到收缩期杂音为主动脉瓣狭窄。出现上述变化的即是风湿性心脏瓣膜病。在心尖部仅有收缩期杂音，不伴有舒张期杂音(二尖瓣狭窄)，要与生理性杂音、高血压、贫血等收缩期杂音相鉴别。

预防

1．加强体育锻炼，增强身体抵抗力，预防上呼吸道感染，如有咽峡炎或急性扁桃体炎，要迅速治疗。

2．已有过风湿病的，在发病后3～5年内，每当气候变化季节特别是有上呼吸道感染流行时含用含碘喉片等防止感染。

治疗

急性期应卧床休息，待好转后逐渐增加活动。

1．10％卤碱液10～40毫升，日服三次，逐渐加量。5％葡萄糖卤碱液20～40毫升静脉注射，每天一次，逐渐加量。

2．中草药：

单验方：

以发热、关节红肿为主症者：

（1） 荭草（蓼吊花）1两，水煎服，逐渐增量到3两为止。

（2） 秦艽3～5钱，切碎，水煎服。

（3） 鲜贯筋1两（干者5钱），水煎服。

（4） 苍术、黄柏各3钱，水煎服。

（5） 威灵仙3钱，苍术3钱，防己3钱，苡米4钱，水煎服。

以关节痛、无红肿为主症者：

（1） 豨莶草1两切碎，水煎服。十日为一疗程。

（2） 蜂房3钱，土虫3钱，蜈蚣3条，全蝎3分，乌蛇3钱，炙川乌1钱，羊藿叶3钱，水煎服。或共研末，每次0.5～1钱，日服三次。

（3） 炙川乌3钱，鸡血藤、贯筋、牛膝各5钱，水煎服。

（4） 炙马前子1钱，穿山甲2钱，僵蚕3钱，研面，调制小丸，成人每次6分，日服三次。

（5） 麻黄4钱，杏仁3钱，苡仁7钱，甘草4钱，炙川乌2钱，防己5钱，水煎服。

辨症施治：

（1） 发热恶寒，关节红、肿、热、痛。苔黄，脉浮数，宜疏风，清热，祛湿。

忍冬花2两，防风4钱，苍术、黄柏各3钱，秦艽3钱，白鲜皮3钱，水煎服。

加减法：扁桃体发炎加山豆根、连翘各3钱；高热者加知母3钱，生石膏1两；如热不退改用茵陈1两，栀子3钱；上肢痛重加桑枝、灵仙各3钱；下肢痛重加牛膝、木瓜各3钱；腰痛重加寄生

3钱；恶风加羌活、独活各4钱。

（2） 关节游走性疼痛，无红肿，舌苔薄腻，脉濡滑，宜疏风散寒除湿。

穿山龙5钱，防风、防己各4钱，炙川乌2钱，桂枝3钱，秦艽3钱，当归3钱，水煎服。

3．抗风湿药：

（1） 阿斯匹林1克，每日服4～6次。待症状消退，体温降至正常时，改维持量0.5克，每日服2～3次，连服2～3周。

（2） 水杨酸钠1.5～2克，每日服4次，维持量1克，每日服2～3次。

服上述二药如有恶心，呕吐等胃部刺激症状时，需加用等量的胃舒平或氢氧化铝等硷性药物。

（3） 对上述药物不易耐受的，可用安乃近每日服1.5～3克。热退后改维持量0.5克，每日3次。应注意此药能发生颗粒细胞减少症。

4．激素：强的松10～15毫克，每日服三次，体温降到正常或关节疼痛消失后，可酌情逐渐减量，待减到最小量时再停药，不可在大量用药时突然停药。亦可用地塞米松每次0.75～3毫克，口服，每日三次。

5．有扁桃体炎及咽峡炎时，要及时彻底治疗。

6．遗有风湿性心脏瓣膜损害者，应减轻心脏负担，合理安排生活、劳动及工作，女病人要严格节制生育，如有感染病灶应彻底治疗。

高血压病

高血压病是由高级中枢神经调节功能紊乱，以动脉压升高为主要表现的慢性疾病，长时间的精神紧张或受刺激都可成为高血压病的诱因或使之加重。本病早期仅有小动脉痉挛，以后则可发生广泛的小动脉硬化，或伴有动脉粥样硬化，因此，易引起心、脑、肾等器官的继发性病变。

诊断

1．高血压病人在初期可能没有症状，或者仅有轻微的头晕、头胀等感觉。此时血压经常在150/100毫米汞柱上下波动，经适当休息或用镇静药后多可恢复。

2．继之血压持续升高，经常在180～170/120～110毫米汞柱之间，不用降压药则不能降至正常。此时病人可经常有头晕、后头部沉痛、心悸、失眠、记忆力减退等症状，此后经数年或多年后可因小动脉硬化及并发有动脉粥样硬化，出现心、脑、肾等器官的损伤及明显的眼底变化。

3．应和其他疾病引起的继发性高血压相鉴别（如肾性高血压等）。

4．高血压病到后期常出现下列并发症：

（1） 心脏：

① 高血压性心脏病：有多年高血压病史，血压经常在180/110毫米汞柱以上。心脏由于长期负担加重而肥厚扩大，听诊心音增强，但无明显杂音。在劳动或休息后经常有心悸、气短、夜间阵发性呼吸困难，严重者出现心力衰竭，甚至肺水肿等。

② 心绞痛及心肌梗死：心绞痛是因冠状动脉暂时的强烈痉挛或因冠状动脉粥样硬化所产生的心肌缺血，主要表现为短暂的心前区绞痛。心肌梗死是冠状动脉粥样硬化所造成的心肌缺血、坏死，主要表现为心力衰竭及休克症状。心肌梗死发生后则血压不再高于正常，并多伴有心律不齐。

（2） 脑血管：

① 高血压脑病：因脑血管暂时性强烈痉挛所产生的突然剧烈头痛、恶心、呕吐、昏迷和惊厥，血压多骤升至200/140毫米汞柱以上。

② 因脑血管的间歇性痉挛或产生小出血点，出现肢体麻木、偏瘫、失明，有的可因脑血栓形成或脑出血，发生偏瘫、昏迷、甚至死亡。

治疗

高血压病是慢性病，又容易直接受中枢神经活动的影响，因此，在治疗上必须调动病人主观能动性，树立战胜疾病的信心，防止情绪激动和精神过度紧张，不应当喝酒，睡眠要充分，其它如生活的规

律化，适当的体力劳动或体育活动，均有利于高血压病的恢复。

1．新医疗法：

（1） 新针（见151页）；耳针（见168页）；经穴（见197页）。

（2） 卤硷治疗：5％葡萄糖卤硷液20～40毫升静注，每日一次。

2．中草药：

单验方：

（1）干的盲肠草（鬼针草）6钱或决明草1两，水煎服。

（2） 夏枯草8钱，水煎服。

（3） 鲜韭菜汁50毫升，每日三次。

（4） 鲜马兜铃（或根）1两，加适量的糖，水煎服。

（5） 地龙研末，每次1.5钱，日服三次。

（6） 向日葵蒂一枚，红枣半斤，同煮，吃枣饮汤，每日一剂。

（7） 夏枯草5钱，生白芍3钱，生杜仲5钱，黄芩2钱，决明4钱，菊花3钱，水煎服。或共研面，每日三次，每次1～2钱。

（8） 夏枯草5钱，代赭石2两，卤碱2两，将夏枯草、代赭石煮沸20分钟，去渣，取清液，加卤碱粉及水1000毫升，加白糖四两，一日三次，每

次20毫升，饭后服。

辨证施治：

（1） 头痛头晕、面赤、口干、烦躁，舌苔黄，脉强有力，宜平肝清火。龙胆草3钱，黄芩3钱，勾藤4钱（后入），牡蛎、磁石各5钱（先煎），川芎2钱，夏枯草5钱，水煎服。或共研末，每日三次，每次1～2钱。

（2） 头晕耳鸣、心跳失眠、腰腿酸软、舌无苔、脉弦细，宜滋肾平肝。生地3钱，元参3钱，五味子3钱，菊花5钱，水煎服。或共研末，每日三次，每次1～2钱。

（3） 更年期高血压：仙茅3钱，羊霍叶3钱，知母、黄柏各2钱，当归、巴戟肉各3钱，水煎服。

3．镇静药：

初期高血压病人，暂不投给降压药，因长期服用降压药易有副作用，必要时可使用镇静药（如安宁片、利眠宁），若血压波动大或不能降至正常时，再投给降压药。

4．降压药：

（1） 双氢克尿塞25毫克，每日三次，口服。双氢克尿塞本身的降压作用很弱，与其他降压药合并应用，可增强疗效。

（2） 利血平0.25毫克，每日三次，口服。副作用有鼻塞、嗜睡、乏力、大便次数增多、脉搏变

慢。降压灵4～8毫克，每日三次，口服。副作用较利血平轻。使用时最好与克尿塞合用。经用2～3周无效时可同时再与肼苯哒嗪或安血定联用。

（3） 盐酸肼苯哒嗪，每次由25毫克开始，每日三次，逐渐增量，每日量不宜超过200毫克。血压达静（双肼苯哒嗪）每次25～50毫克，每日三次，口服。

（4） 安血定20毫克，每日三次，口服，根据治疗反应逐渐增量，住院病人最高量每日不超过400毫克。副作用有口干，便秘，排尿困难，对肾功能不好的及显著的脑血管硬化的病人不宜使用。

（5） 地巴唑10～20毫克，每日三次服。

5．高血压脑病的治疗：

当发现血压突然升高，病人有显著的头痛或出现痉挛时，应立即采用5%葡萄糖卤碱液40毫升静脉注射。25%硫酸镁10～15毫升肌肉注射，或用10%硫酸镁10～20毫升加5%葡萄糖40毫升稀释后缓慢静注，注射时要随时注意呼吸变化，并备氯化钙注射液供解救用。地巴唑2～3毫升肌注或静注。利血平1～2毫升肌注或静注。

适当使用镇静药如苯巴比妥钠，氯丙嗪。

心力衰竭

各种原因的心脏病发展到心肌不能将回流到心

室内的血充分搏出，心腔内压力增高，静脉血回流受阻的循环障碍现象，叫做心力衰竭。常见于克山病、肺原性心脏病、风湿性心脏瓣膜病、高血压性心脏病、动脉硬化性心脏病。也可发生于重症感染时的中毒性心肌炎、急性肾炎以及甲状腺功能亢进症等病。过度劳累、发热、妊娠，往往是原有心脏病发生心力衰竭的诱因。

诊断

1．心力衰竭（原有心脏病的）的表现，最初仅在体力活动后感觉气短、心悸、脉搏增快，以后则逐渐加重。出现咳嗽、咯痰（二尖瓣狭窄的可出现血痰或咯血）、浮肿、尿少，甚至不能平卧。如急剧地出现气短、咳嗽加重、咯淡红色泡沫状痰以及严重发绀的，则是肺水肿的表现。

2．体征上以左心衰竭为主的全身可无水肿，但病人可有发绀，肺部听诊有湿罗音、心脏听诊有时可出现奔马律。以右心衰竭为主的，出现颈静脉充盈、下肢水肿、肝肿大以及腹水。在临床上所常遇到的往往是左、右心衰竭同时存在。

预防

患有心脏病的病人，心脏代偿功能尚好的，可在力所能及的情况下，适当地参加劳动。已发生过心力衰竭，在平日就要适当休息，避免过劳，防止发生上呼吸道感染，必要时还应及时地服用洋地

黄，采用低盐饮食。年青的妇女要避孕。

治疗

根据心力衰竭的程度，适当地控制体力活动，有浮肿的采用低盐饮食及控制饮水量。

1．中草药：

单验方：

（1） 人参1两，附子5钱，生姜1.5钱，水煎，作一次徐徐服之。

（2） 万年青5钱～1两，水煎，每日一剂。

（3） 当归5钱～1两，赤芍、丹参各3～5钱，桃仁2～4钱，水煎，每日一剂。适用风湿性心脏病。

辨证施治：

（1） 心跳、气短、伴有咳嗽或下肢浮肿者，宜益气养血复脉。党参、附子各5钱，麦冬、生地各3钱，生姜1.5钱，炙甘草5钱，大枣10个，水煎。心悸重者加柏子仁、五味子各3钱，咯血去生姜。

（2） 喘息不得卧、腹水身浮肿、四肢不温者，宜益气强心利尿。黄芪、党参各5钱，附子6钱，肉桂2钱，白术3钱，茯苓5钱，泽泻、车前子（包）各3钱，水煎服。

2．强心药：

（1） 西地兰0.4毫克加25%葡萄糖20毫升缓慢静脉注射，30～60分钟后见效，4～6小时可重

复一次，24小时总量不超过1.0～1.4毫克，每日维持量为0.4毫克。

（2） 毒毛旋花子甙K0.25毫克加25%葡萄糖20毫升，缓慢静脉注射。一般10～30分钟见效。12～24小时大部分排出，必要时可重复注射一次，24小时总量不宜超过0.5毫克，每日维持量为0.25毫克。用毒毛旋花子甙G剂量应减半。

（3） 洋地黄叶：洋地黄叶的饱和量（全效量）为1克，速给法首次给0.2～0.4克口服，以后每6小时给0.2克，24小时达饱和量。以后，改用维持量0.1克，每日一次。缓给法可在3～4日达饱和量。

（4） 狄高辛：首次服0.25～0.5毫克，以后每6小时给0.25毫克，或将饱和量在2～3天内分数次口服，饱和量为2～3毫克，维持量为0.25～0.5毫克。

（5） 狄吉妥辛（洋地黄毒甙）：饱和量0.8～1.2毫克，在2～3天内分数次口服，维持量每日为0.05～0.1毫克。

使用心甙类强心药可根据病情缓急、心力衰竭的程度、心律和心率的情况，对急重病人应选择西地兰或毒毛旋花子甙类速效强心药，对心率过快并有心房纤颤的选用洋地黄，心率在70～90次/分，如无心房纤颤或疑似有冠状血管改变的可选用毒毛旋花子甙。在用药之前必须详细询问病人近2～3周

内是否用过洋地黄类药物；如果体内尚有洋地黄，再给予大量的或者速效的洋地黄容易引起中毒，可根据体存量的多少，再适当投给用量。

用洋地黄时应注意毒性反应，每日必须检查脉搏和心律情况，如有恶心呕吐症状出现，应减少给药量，如果脉搏每分钟接近70次（儿童接近80次），可减少维持量或暂停。如心率每分钟60次左右，以及有心律不齐征象应立即停药，并口服氯化钾每次1克，每日三次。

3. 利尿药：

（1） 氨茶碱0.1～0.2克，每日三次，口服。2.5%氨茶碱10毫升加25%葡萄糖20毫升缓慢静注。

（2） 双氢克尿塞25毫克，每日三次口服，同时给氯化钾0.5～1.0克，每日三次。

（3） 氯塞酮，每次100毫克，隔日一次，口服。

（4） 肺原性心脏病的心力衰竭用乙酰唑胺0.25克，每日2次，每服3～5天，停用2～3天。

（5） 汞撒利茶碱，先服氯化铵2～3日，然后肌注汞撒利茶碱，首次先注0.5毫升，如无反应30分钟后再注射1～1.5毫升。

（6） 安体舒通100～200毫克，每日三次，应和克尿塞并用。每一疗程3～5日。

（7） 氨苯喋啶50～100毫克，每日三次口服。

4．肺部有感染的使用抗菌药控制感染。

5．对症治疗：

对呼吸困难发绀的可吸氧，咳嗽用止咳祛痰药，精神紧张睡眠不好的用镇静药（肺心症的慎用）。

急性肺水肿在使用强心药的同时，可用吗啡0.005～0.01克，肌肉注射。

6．找出病因对原发病进行治疗。

心律失常

心律失常（心律紊乱）是指心率和节律的异常表现，最常见的有窦性心动过速，窦性心律不齐及期前收缩，其次是心房颤动及阵发性心动过速。常见于器质性心脏病，特别是心肌炎或心力衰竭时，药物的毒性作用（如洋地黄、奎尼丁），其他如甲状腺机能亢进，重症感染，电解质紊乱等也可发生。

诊断

1．窦性心动过速，成人心率每分钟超过100次，儿童每分钟超过120次，婴儿每分钟超过150次（但不超过180次），即为窦性心动过速。

2．窦性心律不齐：心率吸气时增快，呼气时变慢，活动后或屏气时不齐现象消失。

3．期前收缩：心搏在规律地间歇期提前出

现，如有规律的连续出现可形成二联律及三联律；桡动脉脉搏在过早地出现一个细弱的脉搏之后，好象又过慢地才出现下一个正常的脉搏。

4．心房纤颤：心律完全不规则，常在每分钟150或160次左右，有时心率可从120次突然减慢很多，或者从接近正常时突然变快，脉搏大小不等，快慢不一。

5．阵发性心动过速：心动过速呈发作性，突然发作，突然消失。发作中每分钟心率为160～220次，分室上性与室性，前者心律绝对规则，后者可有轻度不齐，第一心音强弱不一，发作持续时间从数分钟到数小时或更长。持续数日不消失容易引起心力衰竭。

治疗

1．中草药：

证见头晕乏力、心悸、脉搏不整，以补心安神镇静为主。炙甘草5钱，党参3钱，五味子3钱，酸枣仁3钱，水煎服，每日一剂。虚烦不眠时加柏子仁、夜交藤各3钱；胸闷时加赤芍2钱，郁金3钱，香附1.5钱。或服用安神补心丸。

2．对窦性心动过速，应治疗原发病，如发热或心力衰竭。窦性心律不齐不需要特殊治疗。

3．期前收缩发作较少或无不舒服感觉时不需要治疗，如果是用洋地黄类药物引起的，可暂时停

药，试服氯化钾及镇静药。

4．阵发性心动过速发作时，如考虑为室上性的，可先用刺激迷走神经的方法。

（1） 引吐，或深吸气后屏住，然后用力作呼气动作。

（2） 颈动脉窦压迫法：让病人平卧，在一侧甲状软骨上缘水平、颈动脉搏动最强处，用指向颈椎方向压迫5～30秒，同时观察心率变化。

（3） 眼球压迫法：嘱病人闭双眼，眼球下视以手指压迫眼球向后下方，至病人感到疼痛，时间不得超过30秒。

（4） 如以上简单方法无效时，采用药物治疗。西地兰0.4毫克加入25％葡萄糖内静注，亦可用新斯的明0.5～1毫克皮下注射。仍无效时可用奎尼丁，先服0.1～0.2克。于一小时内观察有无呼吸困难、眩晕、呕吐等现象，如无不良反应，以后每2小时服一次，每次0.2克，连服5～6次，较重者可将每次剂量递增至0.3～0.4克，全日量一般不超过2克，生效以后给维持量，每次0.2克，每日三次。亦可试用普鲁卡因酰胺0.25～0.5克，每4小时服一次，或用500～1000毫克，加入葡萄糖液内静点。奎尼丁本身亦可引起室性阵发性心动过速，甚至纤颤，必须密切观察病人。

室性阵发性心动过速，可用普鲁卡因酰胺或奎

尼丁（不是由洋地黄引起的用上述药无效时可试用洋地黄），亦可试用0.25％普鲁卡因100～200毫升静脉点滴。

5．心房纤颤如心率正常时不需治疗，心率增快有心力衰竭时用洋地黄治疗。

消化系统疾病

解剖生理概要

消化系统包括消化管和消化腺。前者有口腔、咽、食道、胃、小肠、大肠、肛门。后者主要有唾液腺、肝脏、胰腺。

口腔、咽：口腔为消化道的门户，周围有腮腺，颌下腺和舌下腺三对唾液腺，均向口腔分泌唾液，有消化作用。口腔后侧与咽部相连。食物被牙齿嚼碎后，与唾液混匀，经咽进入食管。腮腺在耳的前下方，如突然肿胀疼痛多由腮腺发炎引起，叫腮腺炎（俗称“痄腮”）。

食管：位于气管后方，上接咽部下接胃。当食道损伤、发炎或因肿瘤压迫而引起狭窄时，则进食发生吞咽困难。食道内层粘膜下有食道静脉，肝硬化时食道静脉瘀血扩张，容易破裂引起呕血。

胃：位于腹腔内上腹部，呈椭圆扁囊状，其上

缘叫胃小弯，下缘叫胃大弯（胃癌多在此发生），胃上口叫贲门，与食道相连接，下口叫幽门，与十二指肠相通。平时贲门紧闭，阻止食物呕出。小儿贲门括约肌松弛，故易吐奶。胃壁腺分泌盐酸和胃蛋白酶，有消化及杀菌作用。胃酸过多可发生反酸、烧心，对溃疡病灶愈合不利（图9—18）。

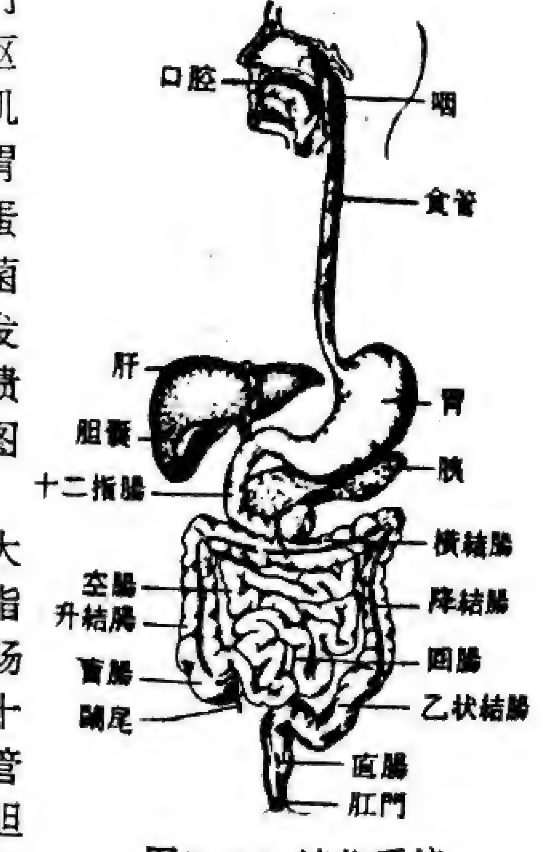


图9—18 消化系统

肠：分小肠与大肠。小肠分为十二指肠、空肠、回肠，小肠壁粘膜分泌肠液。十二指肠降段有总胆管和胰管的开口部。胆汁和胰液由此排入肠腔与肠液共同消化食物。接近胃出口的十二指肠粘膜易发生溃疡，叫十二指肠溃疡。大肠分盲肠、结肠、直肠。在盲肠下端有一蚯蚓样的突出部分叫阑尾，容易发炎，称阑尾炎。直肠出口处叫肛门。大肠主要吸收水分和盐类，并将消化后的食物残渣输送到

直肠，由肛门排出。

消化管壁由平滑肌层和粘膜构成，肠蠕动时可使消化液与食物充分混合，并把肠内容物运送到肛门。食物中的养分大部分在小肠吸收。食物中的水分、无机盐类在大、小肠内被大量吸收后，食物残渣则成半干的粪便排出体外。胃肠发炎时，肠蠕动加快，影响水分的吸收，容易很快排出，出现腹泻。若粪便在大肠停留过久，水分被吸收过多干燥不易排出，即为便秘（中医称大便秘结）。若大肠分泌粘液过多，鼻涕样的粘液便多见于肠炎。

肝脏：在腹腔右上方。胃、肠、脾、胰等内脏的血液均经肝内门静脉回到右心，是人体最重要的化工厂。有解毒、转化养分、贮存糖元及分泌胆汁等功能。正常成人一般摸不到。肝脏肿大时（如肝炎、肝瘀血）则可摸到。

胆囊：在肝右叶的下面，呈梨状。肝脏分泌的胆汁平时先流到胆囊贮存起来，消化食物时，胆囊收缩，胆汁排出，顺胆总管流进十二指肠。如蛔虫钻到胆管内易引起剧烈腹痛，即“胆道蛔虫症”。肝脏有病或胆管堵塞时，血内胆红素增多，致巩膜及皮肤发黄，叫黄疸。

胰腺：位于胃后方的腹膜后面。呈长叶状，分泌胰岛素及胰液，后者流入十二指肠，帮助消化。紧

腹膜：是一层光滑的薄膜，复盖在腹腔内。

[illegible]腹壁内[illegible]的叫[illegible]。贴在各脏器表面的叫脏层，[illegible]空隙叫腹膜腔。常有微量液体附着，[illegible]。腹膜有保护腹腔，防止细菌侵入的作用。[illegible]时，渗出液体增多。心、肾疾病或肝硬化时，大量液体漏入腹膜腔内形成腹水。

体格检查方法

望诊

1．病人的姿势：胃肠绞痛病人，往往坐卧不安。急性腹膜炎病人多弯腰曲腿，以手护腹。急性胃穿孔病人多以手护腹，不肯平卧，不肯轻易翻身。急性阑尾炎时，多右腿屈起，不敢向左侧卧。

2．腹部的形态：腹壁膨隆，常见于腹水、鼓肠及腹部肿块等。高度鼓肠多见于肠梗阻、肠麻痹。腹部凹陷呈舟状，见于极度消瘦及严重脱水病人。限局性腹部膨隆，常见于腹腔内肿物。脐凸多见于腹压增加或大量腹水。

3．腹壁静脉：一般不易见到，消瘦病人可见腹壁静脉显露，但不曲张。在肝硬化时可见到腹壁静脉曲张。

4．胃肠蠕动波：慢性幽门梗阻时，于上腹部可见到自左向右的蠕动波。小肠梗阻时，在中腹部可出现肠的蠕动波。

5．黄疸：检查黄疸时应在自然光线下进行，

灯光下很难确定有无黄疸，容易被漏掉。轻度的黄疸只有软腭和巩膜发黄，严重的皮肤也被黄染，常见于肝、胆疾病。

触诊

1．腹肌紧张度：在正常情况下，腹壁柔软。如触诊呈普遍性紧张及压痛，说明腹膜有炎症。腹肌强直如板硬且有明显压痛，多为弥漫性腹膜炎。腹壁有柔韧或揉面感多见于结核性腹膜炎；限局性紧张，多由于腹腔内某一脏器的炎症波及腹膜所致，或由于限局性腹膜炎引起。

2．腹部压痛及反跳痛：溃疡病时常在上腹部脐与剑突之间有压痛；急性胆囊炎、胆道蛔虫症时右锁骨中线与剑突间的肋弓缘下有明显压痛；如按压时将手突然放开，腹部疼痛反比压迫时更严重，叫做反跳痛。这是腹膜已有急性炎症的重要体征。局部腹膜炎的压痛及反跳痛仅限于腹部某一区域。急性弥漫性腹膜炎时，全腹有明显压痛及反跳痛。

3．肝触诊方法：病人仰卧位，两腿屈曲。检查者位于病人右侧，将右手指拼拢，平放于右肋弓缘下一定距离，缓缓用力向深部触压；同时让病人行深大的腹式呼吸（或让慢慢鼓起腹壁），当吸气到一定深度（腹部隆起），肝脏沿腹壁向下滑行时，肝下缘由触诊手的上方滑向手指下方，即可有肝缘由手指滑过的感觉。触到肝脏时，应注意其边缘、硬

度、压痛及表面性状。其大小以肋下若干厘米（以右锁骨中线为标准）和剑突下若干厘米表示。肝触诊法见（图9～19）。

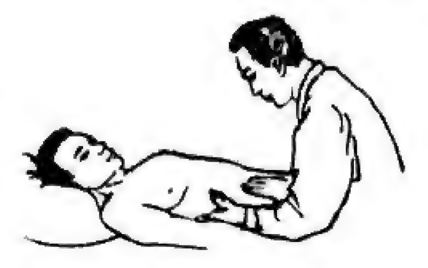


图9—19 肝脏的触诊

其软硬度如嘴唇样感觉为质软，如触及鼻尖样感觉为质中等，如触及额角部样感觉为质硬。正常的肝脏在平静呼吸时多不能触到或仅可触到边缘。如触及肝大并有压痛常见于传染性肝炎或慢性肝炎。肝硬化时质地中等硬或较硬，边缘清楚。如在肝脏表面触及坚硬的大结节，常见于肝癌。

4．胆囊触诊：正常胆囊不能触到。如胆囊肿大时，在右侧腹直肌外缘肋弓下可触及梨形囊状物，常见于胆囊炎、胆石症、总输胆管癌肿等。如胆囊有炎症时，则可在胆囊区触到压痛。

5．脾触诊：病人仰卧位或稍右侧卧位，两腿弯曲，以左手掌放病人左侧7～10肋处，右手平放于左上腹部稍下方，同时让病人行腹式深呼吸，逐渐向左侧肋弓方向触摸，正常脾脏在肋弓下触不到。脾肿大，见于伤寒、疟疾、肝硬化及白血病等。触及脾脏时应注意其大小、硬度、边缘、表面是否光滑、有无触痛等（图9—20）。

叩诊



图9—20 脾脏的触诊

1．肝区叩诊：肝浊音界在右侧锁骨中线第五肋间。肺气肿时肝浊音界下移，有大量腹水时肝浊音界上升。胃肠穿孔时仰卧位叩肝实音区缩窄或消失，改为右侧卧位时肝实音区可又重新叩出。即证明腹腔有游离气体。

2．脾区叩诊：当脾脏显著肿大时，胃泡鼓音区右移甚至消失。

3．移动性浊音：病人仰卧，从脐部向两侧腹部叩诊，此时脐部呈鼓音，侧腹部呈浊音或实音。然后让病人改为左侧卧位，则左侧腹部呈浊音，右侧呈鼓音；右侧卧位时则相反。这种随体位而改变的浊音称为移动性浊音，是腹水的重要体征。液体量少用侧卧位查不出时，可让病人取膝肘位，此时液体聚积于脐部，叩诊呈实音或浊音。

听诊

1．肠蠕动音：肠蠕动时使肠腔的液体和气体通过窄小腔隙时产生的声音叫做肠蠕动音。每分钟2～3次。肠蠕动音减弱时应在腹部某一区域连续听五分钟以上。若10分钟内听不到即为消失。在肠炎或早期肠梗阻时肠蠕动音往往增强。在晚期肠梗阻

或肠麻痹时肠蠕动音减弱或消失。

2. 震水音：在胃肠无力或高度幽门梗阻时摇动病人身体或用右手指轻轻叩击胃部，可引起水波声叫震水音。

急性胃肠炎

一般是在饮食不当或吃进腐败变质的食物之后发生，主要表现为频繁的呕吐、腹泻和腹痛；多发生于夏秋季节。

诊断

1. 有暴饮暴食、吃生冷食物或食入含有病菌或病菌毒素的食物史。

2. 发病急剧，上吐下泻，吐前多先恶心及阵阵腹痛，吐出当日食物及液体，偶可吐出胆汁。呕吐腹痛的同时，多有一阵阵肠鸣及频繁的腹泻，大便为稀水样，重症在两三天后可出现粘液血便。

3. 吐泻严重的多出现脱水现象，甚至发生休克，可有各种程度的发热。

4. 腹部凹陷、上腹及脐周围有轻度压痛，初期有肠鸣音亢进，一般无腹肌紧张及反跳痛。

5. 鉴别诊断：

（1） 应先排除服毒及食物中毒。

（2） 排除痢疾，霍乱等夏季传染病（见传染病）。

（3） 腹痛严重的应排除急腹症（见外科）。

预防

1. 遵照伟大领袖毛主席关于“**我们必须告诉群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争**”的教导，积极宣传饮食卫生常识，发动群众自己起来预防疾病。

2. 搞好环境卫生，加强粪便管理，保护水源，消灭苍蝇、蟑螂及鼠类。

3. 食物要新鲜，不吃腐败变质食物，不暴饮暴食。避免腹部着凉。

治疗

应休息并禁食半日～一日。呕吐停止后再给稀粥，口渴的可多饮开水或温盐水。

1. 新医疗法：

新针（见138页）；耳针（见165页）。

2. 中草药：

单验方：

① 马齿苋1～2两，水煎服。

② 大黄5钱，黄柏3钱，水煎服。

③ 黄连木，每次0.5～1钱，用车前草1两煎水送下，每日三次。

④ 水辣蓼（蓼吊花）鲜根2两（干根1两）或全草2两，水煎服。

⑤ 藿香5钱，半夏2钱，白术3钱，生姜三

片，大枣三枚，水煎服。

⑥ 蚕砂1两，木瓜1两，水煎服。

辨证施治：以清热化湿和胃止泻为主。

葛根2钱，黄芩3钱，黄连2钱(或黄柏4钱)，半夏3钱，陈皮1.5钱，白芍3钱，甘草1钱，水煎服。每日一剂。

加减法：恶寒发热加双花、连翘各3钱，另服藿香正气丸1～2丸，每日三次；上腹胀满加焦楂、厚朴、麦芽各3钱，去甘草；粘液血便重加黄连、苦参3钱；里急后重加木香3钱；腹痛甚者加延胡索、川楝子各3钱。

3．一般轻症不需抗菌素。可用磺胺胍、黄连素等，按常规服。症状消失后1～2日停药。若便中有粘液或粘液血便以及有发热的，可给合霉素或氯霉素口服。

4．腹痛剧烈可肌注阿托品0.5毫克，或选用阿托品片0.3毫克，每日三次，或颠茄片1～2片，每日三次口服。

5．脱水者应根据程度轻重劝病人饮用盐水或输入5％葡萄糖盐水或复方氯化钠液1500～3000毫升。

慢性胃炎

是农村多发的慢性病之一，其发病多与过饥过饱，食用不易消化的或刺激性食物，因牙齿脱落咀嚼不良以及饮酒等有关。以慢性无规律性上腹痛(俗称“心口痛”)为主要表现。可见于各种年龄。

诊断

1．有长期饮食不慎、饥饱不均，牙齿不良，饮酒，过多地食用刺激性食物等病史。

2．上腹痛或上腹部不适多无规律性，一般为持续性针刺样痛或烧灼样痛。重症或急性增重时可有痉挛性剧痛。多在过饱、过度饥饿或吃生冷性食物后症状加剧。

3．轻症每次发作多需3～5天或1～2周好转，重症常在数月内反复增重，时好时犯。服硷性药及解痉剂效果多不大，或暂时减轻很快又痛。

4．舌苔厚腻，上腹压痛范围广而无固定性压痛点。以上腹偏左为主。压痛程度轻重不等。

5．慢性胃炎与胃神经官能症的鉴别如表：

鉴别项目＼症状＼病名	慢性胃炎	胃神经官能症
发病诱因	饮食不当，身体受凉	精神受刺激
多发季节	季节气温变化时易犯	与季节气温变化无关
疼痛程度	多较明显，有时很重	多不严重
胃痛性质	连续性刺痛，灼痛	多变化不定

症状＼病名 鉴别项目	慢性胃炎	胃神经官能症
胃痛与饮食关系	多在饭后发生	与饮食关系不定
服碱性药效果	有时有效但不持久	多无效
胃痛与呕吐关系	多在腹痛严重时发生，多先有恶心	长期存在频繁小量呕吐，呕吐前多无腹痛，也不伴恶心
呕血及黑便	偶有小量出血	绝无出血可能
神经衰弱症状	较少见且较轻	均伴有各种神经衰弱症状

预防

遵照伟大领袖毛主席“**在战略上我们要藐视一切敌人，在战术上我们要重视一切敌人**”的伟大教导，既要有战胜慢性病的坚强信心，又要以实事求是的科学态度去防止诱因，注意饮食卫生，避免过饥过饱，不吃太冷太热及刺激性食物。

治疗

用“**完全**”“**彻底**”为人民服务的态度，和病人共同活学活用毛泽东思想，树立起革命乐观主义精神，正确对待疾病。让病人及其家属掌握发病诱因及病情变化规律，及早消除致病诱因，调动一切积极因素，共同战胜疾病。并根据病情不同，给予适当辅助治疗。

1．新医疗法：

新针（见138页）；耳针（见165页）；经穴（见197页）；埋线（见177页）。

卤碱疗法对慢性胃炎有效，可根据不同情况，适当选用口服或静脉点滴。

2．中草药：

单验方：

① 杏仁3钱，白胡椒1钱，白蔻仁1钱，共研成面，分三次服。

② 青皮2钱，元胡2钱，乌药1.5钱，水煎服。或研成面服用。每日三次，每次1钱。

③ 莱菔子2两，生姜1两，大枣1两，研成末，每次2钱，开水送服。

④ 香附、郁金、乌药各5钱，甘草3钱，生姜三片，水煎服。

⑤ 良姜、厚朴各5钱，五灵脂4钱，研成末，每服一钱，日服三次。

⑥ 元胡3钱，炙草乌、龙胆草各1钱，研成末，每服一钱，日服三次。

⑦ 公英、陈皮各6钱，研成末，每次服0.5～1钱，每日三次。

辨证施治：

宜益脾健胃为主：党参2钱，白术3钱，香附3钱，草蔻3钱，厚朴3钱，甘草2钱，水煎服。

加减法：胃痛甚者加川楝子、元胡各3钱；呕逆加吴芋、姜半夏各3钱；消化不良加内金、焦楂、麦芽各3钱。

3．对症治疗：

（1） 胃痛明显的可用颠茄浸膏片0.02～0.03顿服，或用阿托品0.5毫克肌注；0.5～1%普鲁卡因10毫升，每日服3～4次；氢氧化铝凝胶10～20毫升，每日3～4次，饭前服。

（2） 有胃酸低、消化功能障碍的，可用胃蛋白酶、乳酶生、胰酶等，必要者亦可用稀盐酸合剂，胃酸过多的可参考溃疡病的治疗。

溃 疡 病

有胃溃疡和十二指肠溃疡的区别。是农村常见的慢性病之一。多见于青壮年。以慢性、周期性、节律性上腹痛（俗称心口痛）为主要表现。中医称"胃脘痛"。

诊断

1．有数年或十余年的慢性胃痛史。

2．疼痛多限于上腹部，为隐痛、灼痛或刺痛。春秋气温变化时易犯。疼痛和饮食有密切关系：在饭后30分～1小时出现疼痛的多为胃溃疡，饭后3～4小时或饥饿时出现疼痛，吃少量食物疼痛立即缓解的，多为十二指肠溃疡。服硷性药物都可以

使疼痛缓解。

3．常伴有烧心、反酸、嗳气，偶有恶心、呕吐，多数病人有便秘。

4．查体：舌苔白、薄、湿润，唾液多，压痛以上腹中部为主，压痛点在上腹正中或稍偏左的多为胃溃疡，压痛点在上腹部正中右侧1～2横指的多为十二指肠溃疡。背部胸椎两旁常有压痛点及过敏区。

5．胃液酸度测验多偏高，疑难病例可在钡餐透视下，帮助诊断。

6．并发症：

（1） 溃疡病出血：多在症状明显增重时发生，先觉头晕、虚弱、心悸、口渴、出汗，甚至晕倒。同时呕吐黑褐色或紫红色血液，或排出黑色便。出血量多时，可伴有烦躁不安，面色苍白，四肢冰冷，脉细弱而频数，血压下降。

（2） 幽门梗阻：可因幽门水肿、充血或瘢痕收缩引起，多见于胃溃疡，疼痛失去规律性，伴有长期大量呕吐，吐物必有隔夜或前一餐食物。病人多有消瘦脱水体征，上腹部可见蠕动波及震水音。

（3） 溃疡癌变：年龄多在40岁以上，病情迅速恶化，明显消瘦，贫血，上腹部无原因的硬韧感，就应警惕癌变。晚期可摸到上腹包块，偶可触到锁骨上淋巴结肿大。

（4） 溃疡穿孔：有慢性胃痛病史，突然发生

上腹部剧痛难忍，查体有肝实音区缩小或变为鼓音，腹部肌肉强直如板状硬。

预防

早期防治慢性胃病。让病人掌握溃疡病的发生原因及变化规律，自己注意防止诱发。

治疗

调动病人的主观能动性，对于病，要有坚强的斗争意志，让病人树立起敢于斗争，敢于胜利的革命精神，用科学的态度去正确对待慢性病。在饮食上要以软食为主，应少食多餐。同时避免各种精神刺激。

1. 新医疗法：新针（见138页）；耳针（见165页）；经穴（见197页）。

2. 中草药：

单验方：

① 蒲公英1两，红枣10个，煮服。

② 大头菜汁一碗，每日分二次服（含大量维生素U）。

③煅瓦楞子、甘草粉等量，每次1～2钱，每日三次，饭前20分钟，开水送服。

④ 蜂蜜1斤，枯矾7钱，分三日服。

⑤ 乌贼骨85%、贝母15%，研成细末。外加10%大黄末制成散剂，每次服0.5～1钱（若加元胡效果更好），一日服三次。

⑥ 诃子、甘草等分，每服一钱，一日三次。

⑦ 溃疡膏：诃子5两，白芨1两，甘草1两，蜂蜜1斤。先将甘草水煎滤过。其滤液与蜂蜜混合，并加入诃子与白芨（细末），煎成膏，煎至约4斤左右，每次服4～6钱，每日三次。

⑧ 苏打4钱，白矾4钱，蜂蜜2斤，将白矾研成面，蜂蜜化开兑白矾面及苏打熬成糊状，每日服2次，每次一匙。

辨证施治：

胃痛胀满，吐酸烧心为主症者宜制酸止痛：乌贼骨1两，川楝子、元胡、白芍、砂仁各3钱，甘草2钱，水煎服。或共研末，每日三次，每次1～2钱，饭前服。

胃痛喜按，得热则缓，感寒即犯，倦怠乏力为主症，宜温中健胃：黄芪、元胡、白芍、藿香各3钱，肉桂、良姜各2钱，水煎服，或共研末，每日三次，每次1～2钱，饭前服。

加减法（上二方可同用）：

① 恶心呕吐加巴叶、半夏各3钱；

② 吐酸烧心用乌贼骨1两，川贝3钱，吴茱1钱，黄连2钱，共研成末，日服三次，每次一钱；

③ 柏油便或呕血加白芨3钱，地榆炭3钱，或兼服乌贼骨、白芨等量为末，每日服三次，每次1～1.5钱；

④ 出血甚者，服三七粉1钱，每日二次；

⑤ 大便干燥加大黄3钱；

⑥ 腹胀加厚朴、香附各3钱；

⑦ 如刺痛有定处拒按者重用元胡，加当归尾、赤芍、五灵脂、生菖蒲各3钱。

3．对症治疗：

（1） 以烧心吐酸为主的，用镇静、制酸、解痉剂，常用的有复方胃舒平片，每次3～4片，苏达明片每次2～3片，胃复康片每次2毫克，氢氧化铝凝胶每次10～20毫升，以上均为每日3～4次口服。

（2） 以胃痛为主要表现的用解痉镇痛剂，常用颠茄浸膏片，每次0.01～0.03，阿托品片每次0.3～0.6毫克，普鲁本辛每次15～30毫克，溴本辛每次50～100毫克，以上各药均为每日3～4次口服。对服药无效或疼痛剧烈的，可肌注硫酸阿托品0.5毫克，必要时2～3小时后，可重复使用。

（3） 维生素U对某些慢性溃疡病有一定效果。用量每次50～100毫克，一日三次服。

（4） 有便秘者可用缓泻剂，如双醋酚汀5～10毫克顿服，或果导片1～2片顿服。睡眠不好的，可用镇静催眠剂。

4．并发症的治疗：

（1） 溃疡病出血的治疗（见急症处理）。

（2） 并发幽门梗阻，胃溃疡穿孔或癌变的应及时作外科手术治疗。

慢性肝病

本病多由营养不良、慢性肠道感染、传染性肝炎等原因，引起肝细胞变性、坏死、结缔组织增生及肝细胞团再生等病理改变，长期反复进行。初期以疲乏无力、肝区痛、上腹胀、食欲不振等为主，经治疗后症状可消失。晚期已造成肝小叶结构的大量毁坏，肝内门脉血流被阻塞，表现为门脉高压症及肝脾功能异常。

诊断

（一） 慢性肝炎

1．有肝炎、营养不良、慢性腹泻，大量饮酒等病史。

2．容易疲劳，肝区闷痛，胀痛或肝脾区均痛；多数有上腹胀、肠鸣、多屁等症状。偶有鼻衄血。少数病人可有轻度腹泻，每日排便2～3次，为粥状消化不良便，但无腹痛。

3．病人一般状态尚好，在头、颈、胸、背及上肢，偶可发现少数蜘蛛痣及皮下出血点。无腹壁静脉曲张。肝肿大多较明显，左、右叶肿大程度和硬度可不一致。肝中等硬或稍硬韧，边缘厚钝，表面平滑。偶有轻度脾肿，多不如肝肿明显。肝功能

正常或有轻度变化。

4．经适当疗养，症状可明显减轻，肝肿大能缩小，硬度变软，肝功能可恢复正常。但每于连续过劳、发怒、高烧或饮酒后可使症状加重，常在数年内反复多次。也有自觉症状不明显，仅有肝肿大的病例。

（二） 早期肝硬化（代偿期）

1．有慢性肝炎病史。或有长期腹泻，营养不良，大量饮酒史。

2．慢性肝炎延续数年后，肝区痛较前减轻，或肝区痛减轻而脾区痛反有时加重。同时上腹胀满较前明显；肠鸣、多屁，粥状腹泻及鼻衄等比慢性肝炎时明显增重。更易疲劳而恢复较慢。亦有从无肝病史及明显自觉症状，而在诊疗其它病时偶然被发现。

3．面色污秽。蜘蛛痣、皮下及牙龈出血更多见。少数可见腹壁静脉曲张。肝大质硬，边缘锐利不齐，表面不平。也有仅脾大而肝触不到的。

4．化验检查肝功能多有硫酸锌浊度试验、麝香草酚浊度试验、碘反应等明显变化，而且长期不恢复。转氨酶试验变化很轻或波动较大。但也有肝功能完全正常的。白细胞数及血小板数可减少或正常。X线钡餐透视，少数可见食管静脉曲张。

5．早期肝硬化阶段，虽肝痛症状有所减轻，

但门脉高压症状反而增重，肝功能逐渐恶化。但也有部分病人，症状及肝功能均处于相对稳定状态。只有连续过劳，或重度感染时才又恶化，或突然发生呕血及黑便。

（三） 晚期肝硬化（失代偿期）中医叫“鼓胀”

1．在代偿期各种征象基础上，病人消瘦明显，面色更污秽，皮肤干燥。少数有轻度黄染。蜘蛛痣及肝掌（朱砂掌）更易发现。

2．腹部胀大如蛙形，腹部叩诊有移动性浊音。有时易触到脾脏，但不易触到肝脏。腹水化验为漏出液。下肢常有浮肿。肝功能均有明显变化，白细胞、血小板及红细胞数均可减少。尿化验可有改变。钡餐透视食道静脉曲张阳性率较高。

3．并发症：

（1） 食道及胃静脉曲张破裂出血：可突然发生大呕血或连续排黑便，呕血前病人有烦躁不安、头晕、恶心、心跳、手脚发凉等；多无明显胃痛症状。心率增快，血压可下降，抢救不及时易死亡。

（2） 肝性昏迷：多在全身感染、大出血、大量利尿或排腹水之后，或因过劳等诱发，可出现幻觉、烦躁、欲睡等精神障碍，重的很快发展成完全昏迷。

4．鉴别诊断：

（1） 和产生腹水的疾病鉴别：

病种 区别点	肝硬化	结核性腹膜炎	心力衰竭	肾性腹水
常见症状	多见于壮年后，有慢性肝炎史，有上腹胀，慢性腹泻。消瘦明显。腹水发生缓慢。	多见于儿童及青年，可有肺结核史，有发热、盗汗、全腹胀痛感。	有心脏病史，有气急，心跳，紫绀，右上腹胀痛。[illegible]	有肾病史，先出现全身浮肿，后发生腹水，可有腰酸腰痛。
阳性体征	面色污秽。可见蜘蛛痣、肝掌、黄疸，腹壁静脉曲张。可有肝脾肿。腹水量大呈蛙形腹。腹水为漏出液。	可见面颊潮红。腹壁硬韧感有压痛。腹水量中等，呈球型腹。腹水为渗出液。	心率快。颈静脉怒张及搏动。心界大，心脏可有杂音或有心律不齐。肝肿大，有压痛。肝颈静脉回流征阳性，多有下肢水肿，偶有全身水肿。	血压升高，全身浮肿多明显，腹水多为少量或中等量，尿化验有明显变化。

（2） 肝硬化并发呕血或黑便的，应和胃、十二指肠溃疡出血相鉴别。后者常有典型的溃疡病症状及呕血前胃痛增重史（见上消化道出血）。

（3） 如脾肿大明显，应和其它慢性病如慢性疟疾、黑热病、白血病等鉴别。

（4） 若肝肿速度很快，应与肝癌鉴别。一般肝癌病人年龄较大，消瘦明显，病情发展迅速，又有肝质地坚硬，表面凸凹不平或肝区剧痛等。

预防

1．要鼓励病人活学活用毛泽东思想，树立“**一不怕苦，二不怕死**”的革命精神，用科学态度正确对待疾病，增强与疾病作顽强斗争的信心。

2．对传染性肝炎及慢性肝炎和其它能引起肝硬化的疾病，要早期彻底治疗。

3．已进入慢性肝炎及早期肝硬化阶段，要加强营养，避免连续过劳、情绪激动及酗酒等，防止病情发展。

治疗

早期应减少活动，适当休息，以减轻肝脏负担。晚期应卧床休养。

要给多种维生素、高糖、高蛋白、低脂肪饮食。如豆浆、鸡蛋、青菜、水果、糖等。禁用酒类及巴比妥、吗啡类药物。用片剂药物要研碎，以免吞服时引起曲张静脉破裂出血。浮肿和有腹水的

要少吃盐。

1. 新医疗法：

新针（见140页）；经穴（见196页）。

卤硷疗法：口服或静脉注射。

2. 中草药：

单验方：

消腹水：（1）大戟2钱，大枣100个，同煮汁尽为度，去大戟取枣，每次3～7个，每日三次。（2）陈葫芦1两，车前子3钱，水煎服。（3）甘遂5分研成末，或大戟1钱，木香5分，共研成末，空腹井水送下。（4）小郁李仁烧焦研面，3钱，顿服（适用于肝硬化腹水，或停食停水者）。（5）轻粉2钱，巴豆（去油）4钱，硫黄1钱，研成面做饼；用纱布包上敷脐部，利水4～5次后去掉。（6）甘遂5钱研成末，用温水调成糊，敷在脐下3寸处；同时内服甘草汤（甘草2钱水煎），待大便泻水后即去掉敷药。

消肝脾肿大：（1）鳖甲6钱，穿山甲1钱，水煎服。（2）炒山甲、炙鳖甲各5钱，丹参、红花、陈皮各4钱，黄芪、三棱、莪术各3钱，共研成细末，每次1～2钱冲服，一日三次。

止呕血：（1）仙鹤草5钱～1两，水煎服，日二次分服。（2）白芨、青黛各5钱共研成末，每次1～1.5钱，温开水送下。（3）荷叶、侧柏叶、茅根、棕榈皮各3钱，水煎，日分三次服。（4）侧柏叶5钱，焙干研成面，用小米粥调药，分二次早晚服。（5）当归1两，鲜茅根1两，水煎服。

辨证施治：

（1）慢性肝炎：见传染性肝炎，无黄疸型的治疗。

（2）早期肝硬化：宜健脾理气，化痰软坚。党参5钱，白术5钱，香附3钱，郁金、桃仁、红花各3钱，生鳖甲、生瓦楞5钱，鸡内金4钱，水煎服。

（3）晚期肝硬化：有腹水，如体质较好者，宜用泻下法。川石斛6钱（先煎），党参5钱，陆通3钱，蟋蟀3对，泽泻4钱，车前子1两，水煎服。如腹水不退加甘遂、大戟3分（腹水退后停服）；体弱者，宜补气利水。生黄芪5钱，茯苓1两，白术5钱，木香2钱，大腹皮1两，猪苓、泽泻各5钱，车前子6钱，陈葫芦瓢2两，甘草2钱，水煎服。腹水已退可服早期肝硬化方，并要随症加减。

3. 保肝疗法：

（1）服用较大量复合维生素乙，酵母片及维生素丙等。早期可试用蜂王浆口服。

（2）葡萄糖粉口服或高张葡萄糖静注。10%葡萄糖500～1000毫升加维生素丙适量缓慢静点。对慢性肝炎及肝硬化有一定效果。

（3）葡萄糖醛酸酯类药物如肝泰乐等口服，

对早期病人也可有一定作用。

4. 对腹水的处理：

（1） 饮食中限制水分及盐类。

（2） 利尿剂：如双氢克尿塞25～50毫克，每日2～3次内服，必要时加用安体舒通0.1～0.2克，一日三次口服，或用汞撒利1～2毫升肌注，每周1～2次。对浮肿及腹水有较好效果。

（3） 放腹水，长期药物治疗无效，且因腹水过多影响循环或呼吸时，可行腹腔穿刺排液术（详见技术操作），排液速度不要太快，每次不超过5000毫升，首次排液量不应超过3000毫升，间隔时间不要过短。其优点能暂时解除病人痛苦，缺点易引起腹膜感染或诱发肝性昏迷。

5. 对静脉曲张破裂大出血的处理：见“急症处理”。

6. 对肝性昏迷的处理：

除参照对一般的昏迷处理方法外，应限制蛋白饮食，每日静点10％葡萄糖1500～2500毫升。大量补充维生素乙、丙。缺钾的可给予适量钾盐。为防止肠道细菌繁殖，可经口给广谱抗菌素或清洁灌肠。有条件的可用28.75％谷氨酸钠80毫升加入10％葡萄糖液500毫升中静脉点滴，每日可用1～2次。对肝性昏迷的复苏有一定效果。

泌尿系统疾病

解剖生理概要

泌尿系统包括肾脏、输尿管、膀胱和尿道。肾脏分左、右两个，位于腹腔后壁脊柱的两侧，下边各有一条输尿管，下端连接膀胱，膀胱下接尿道通到体外（图9—21）。



图9—21 泌尿系统

肾脏分为肾实质（包括皮质和髓质）、肾盏与肾盂（图9—22）。肾实质内有许多微细的血管球叫肾小球。每个肾小球与一个肾小管相连系，许多肾小管汇集

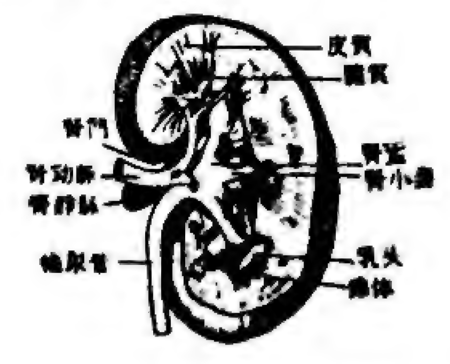


图9—22 肾脏剖面

成为集合管，通过肾盏、肾盂、输尿管进入膀胱，经尿道而排出体外（图9—23）。

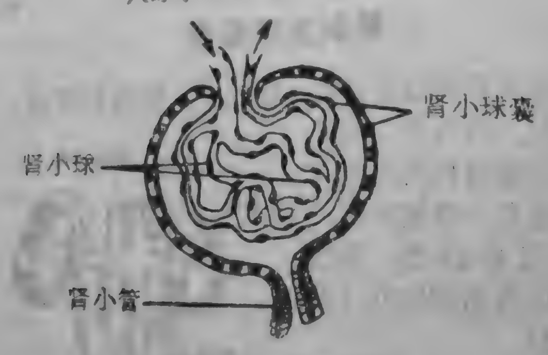


图9—23 肾小体

尿的生成：

肾小球很象一个简单的滤过装置。血液流过肾小球时，除血球及大部分蛋白质外，血浆中的水份以及其他物质都可通过肾小球壁到肾小管内。肾小管又将大部分水和其他有用的物质吸回到血液，剩下的就是尿，经集合管流到肾盏。

正常人每天排出的尿量约1000～2000毫升，少于500毫升的叫少尿，少于50毫升叫尿闭。正常人的尿无色或者是淡茶色。患黄疸病的尿色变深，肾炎病人可出现洗肉水色的尿（血尿）。肾结核病人的尿常是高粮米汤样的。

正常人尿中不应有血球和蛋白质。因炎症（如肾炎）或其他原因的影响，肾小球壁通透性发生改变，血球和蛋白质大量通过，则出现血尿、蛋白尿。肾小球的功能受到障碍或破坏后，体内的废物不能排出，出现无尿及尿毒症。肾小管能将肾小球过滤液的蛋白质、葡萄糖和大部分的水分（90%以上）再吸收到血液，仅有5%左右成为尿排注到膀胱。钾、钠等盐类也是由肾小管来调节的（通过神经和内分泌激素控制）。利尿药的作用主要就是阻止肾小管对水分和钾、钠等盐类的再吸收而产生利尿。若肾小管的功能受到影响或者受到破坏后，则出现丢失钾、钠的电解质紊乱现象（酸中毒）。

排尿及泌尿路：

1. 排尿：肾脏产生的尿集中到肾盂，经输尿管输送到膀胱。当膀胱内尿液潴留到一定程度时（300～500毫升），便要排尿。成人的排尿能由意志来控制。在脊髓损伤和昏迷等情况下，对大、小便失去控制能力，造成大、小便失禁。病人无尿有两种，一种是肾脏有病不能产生尿，膀胱内是空虚的，这叫做尿闭或无尿，此时应当用利尿药。另一种是膀胱内有尿潴留，膀胱膨大，往往用手可以触及，此种情况叫尿潴留，需要用导尿的方法来解决。

2. 泌尿路：是指肾盂、输尿管、膀胱、尿道

等部分。这些管道内可能产生结石而使尿路阻塞，可因感染产生尿频、尿急等症状。

体格检查方法

望诊

1．水肿：注意眼睑及下肢有无水肿，肾炎时眼睑先出现水肿，后蔓延至全身，重症时全身水肿多较明显。

2．尿：留尿肉眼检查，如发现血尿，多见于肾炎、肾结核、肾肿瘤等；如为脓性尿，多见于泌尿路炎症。

触诊

1．肾脏：正常肾脏一般不易触及。瘦弱者或有肾下垂时，在深呼吸时或可触及；因右肾位置较低，常比左侧易触到。肾脏下垂明显或肿大时，始易触及，常见于肾盂积水等。

2．膀胱：尿大量潴留时，可在耻骨上方触及硬韧的圆形包块。

叩诊

1．肾脏：叩诊肾脏用捶击法。检查者以左手掌平放于病人腰部（肾区），右手握拳在左手背上捶击，渐由轻到重。肾盂肾炎、肾周围炎、肾炎等，捶击时肾区有不同程度的疼痛感。

2．膀胱：尿潴留时，耻骨上方叩诊呈浊音。

肾小球肾炎

肾小球肾炎也简称肾炎。它是溶血性链球菌或其他细菌感染后引起的，但不是细菌直接感染在肾脏，而是在身体其他部位感染后在肾脏引起的变态反应性炎症。肾小球肾炎在临床上分为急、慢性两种。

诊断

1．急性肾炎：

（1） 发病前1～2周多有扁桃体炎、猩红热或皮肤脓疱病感染史。

（2） 在健康的状态下或者仅有轻度的全身不适、头痛、腰痛后，发现小便色发红（洗肉水色），尿量减少，眼睑及踝部有轻度浮肿。

（3） 重症病例可有血压稍高，或因尿少出现尿毒症。有的因心肌受损伤发生心力衰竭。

（4） 尿检查有大量的红细胞、蛋白和管型。

2．慢性肾炎：

（1） 有的是由急性肾炎演变来的，有些病人没有水肿病史，也不知自己是有病，一直发展到严重的时期，因身体虚弱、或因粘膜出血（鼻、牙龈）、或因眼睑、下肢水肿才被发觉。

（2） 慢性肾炎的症状：主要是水肿、头痛、厌食、体弱无力、贫血、粘膜出血、血压增高以及

蛋白尿、血尿、管型尿等。慢性肾炎到终末期时，可出现有顽固性头痛、失眠、恶心、呕吐、口腔粘膜溃疡、腹泻、肌肉颤动或抽搐、昏睡以至昏迷等尿毒症症状。

（3） 慢性肾炎按其主要表现分为各种临床型：

① 潜伏型：急性肾炎恢复后，全身症状消失，尿中仅遗留有轻微的蛋白及极少的红细胞，若有时消失，有时出现，表明肾炎仍未治愈，所以叫做潜伏型。

② 高血压型：重症急性肾炎全身症状消失后，或者是慢性肾炎已发展成萎缩肾时，水肿及尿的变化可极其轻微，仅有血压增高。此型容易与高血压病相混淆。

③ 急性发作型：慢性肾炎病人在经过中常因上呼吸道感染、扁桃体炎等引起反复急性发作，有血尿、蛋白尿、水肿等表现。

④ 肾变性型：全身有高度水肿，大量蛋白尿，尿中没有或者仅有少数红细胞，血压不高，尿量多正常。

预防

加强身体对耐寒的锻炼，增强抵抗力。及时治疗上呼吸道感染、扁桃体炎、猩红热、皮肤脓疱病等。在感染1～2周后如有可疑，应及时检查，以

便早期诊断，早期治疗。

治疗

我们“赤脚医生”要做好政治思想工作，帮助病人树立战胜肾炎的坚强信心。同时积极采用中西医药进行综合治疗。

在急性期及尿改变明显的应卧床休息，注意保温，待症状消失、尿检查接近正常后，可逐渐增加活动。慢性肾炎病人可根据病情合理安排生活和工作，避免劳累、受凉及感染。水肿明显的限制食盐（吃低盐或无盐食）。出现尿毒症的在饮食中要限制蛋白。肾炎肾变性型的要适当补充蛋白。饮水量要比尿量多500～800毫升。有感染病灶的要积极治疗，如扁桃体炎、副鼻窦炎、龋齿等。

1．新医疗法：

新针（见148页）；经穴（见197页）；耳针（见168页）。

卤碱治疗：10%卤碱液10～20毫升加10%葡萄糖10～20毫升，静注，每日一次。或1～2克每日三次，口服。

2．中草药：

单验方：

① 白茅根5两，加水2斤，煎至400～500毫升，早晚二次分服。

② 包米须、鲜车前草各4两（干者2两），浓

煎，每日分3～4次服下，或单用包米须4两，水煎服。

③ 益母草（全草）、白茅根各1两，水煎，一日一剂。

④ 蝼蛄七、八个，水煎，每日分二次服。或焙成面，黄酒调服，每次1～2钱，日服二次。

⑤ 榆树皮、柳树皮、柞树皮各3钱，焙存性为面，成人每次2钱，一日三次，白开水送下。

⑥ 茯苓皮2两，桑白皮1两，小葫芦（干的）1～2个（碎），水煎服。

以上各方主要用于急、慢性肾炎，可消除水肿。

⑦ 鲜大、小蓟各1两，洗净捣烂绞汁，过滤内服，每日轻者一剂，重者二剂，分二次服（治血尿严重者）。

辨证施治：

（1） 急性肾炎：

初起以发热、浮肿为主症，宜疏风清热、利尿消肿，可选用下方：

① 麻黄2钱，连翘5钱，赤小豆1两，生石膏5钱，茯苓5钱，白茅根1两，水煎服。

② 鲜茅根、鲜芦根各3两，葛根5钱，浓煎，每日一剂，多次服，连用五天。

加减：咽喉肿疼加牛蒡子3钱，双花3钱；咳嗽气促加杏仁3钱，桔梗2钱；喘甚加桑白皮、葶苈各3钱。

以浮肿小便不利、血尿为主症者，宜利尿止血。商陆、茯苓、泽泻各5钱，鲜茅根1两，大小蓟各1两，木通2钱，浓煎，每日一剂，分三次服，连服五天。

加减：上身肿甚而喘者加麻黄、杏仁各3钱；下身肿甚加防己3钱，猪苓3钱；畏寒肢冷加熟附子3钱，干姜2钱。

（2） 慢性肾炎：

浮肿严重者，宜温阳益气，利尿消肿。附子3钱，肉桂1钱，生黄芪1两，白术、茯苓、猪苓、泽泻各5钱，陈皮3钱，白茅根1两，浓煎，每日一剂。

浮肿基本消退者，宜健脾补肾。①黄芪1两，党参6钱，生、熟地各5钱，山药5钱，芡实4钱，当归、鹿角霜各3钱，金樱子4钱，水煎，每日一剂。②以脾虚为主者可服成药人参健脾丸；肾阳虚为主者服金匮肾气丸；肾阴虚为主者服六味地黄丸。每次各一丸，日服三次。血压高者，参阅“高血压”的治疗。

3．利尿药：双氢克尿塞25毫克，口服，每日三次。并用氯化钾0.5～1克，每日三次。氯噻酮100毫克，隔日一次，口服。尿量过少的可并用安

利尿：水肿严重者，尿少时可用20%甘露醇250毫升静点，30分钟内点完。或25%山梨醇250毫升静点，用法同甘露醇。

4．血压高者使用降压药(见"高血压"治疗)。

5．激素治疗

（1） 强的松10～15毫克，每日三次，适用于肾炎性型（血压高及肾功能不好的忌用）。一般地用药二周左右出现利尿现象，三周左右尿蛋白开始减少，为了巩固疗效，用药时间尽可能长些。须停用时，采取逐渐减量的方法，每3～4日减量5毫克，最后完全停药。使用激素治疗时，要并用氯化钾1克，每日三次。

（2） 黄体酮：20～40毫克肌注，每日一次，用于肾变性型。

6．尿毒症及酸中毒的处理：

（1） 补充液体，每日饮入量为尿排出量加500～800毫升，或用5～10%葡萄糖液静点。

（2） 纠正酸中毒：轻症口服碳酸氢钠1～2克，每日3～4次。重症者在静点中加4%碳酸氢钠200～400毫升，或11.2%乳酸钠100～200毫升。

（3） 恶心、呕吐用奋乃静2～4毫克口服，或盐酸氯丙嗪25毫克口服或肌注。

（4） 肌肉颤动或抽搐的用钙剂或镇静药治疗，10%葡萄糖酸钙10～20毫升加入静点液内静点，或静脉缓慢注射。

（5） 血压高者使用降压药，以舒张压为准，舒张压下降至170毫米汞柱左右。

（6）钾的补充可根据临床尿量的多少决定，一般尿少的均有缺钾现象。长时间无尿，血钾往往偏高。

泌尿路感染

泌尿路感染是尿道炎、膀胱炎、肾盂肾炎的总称（不包括泌尿路结核）。因为三者往往同时存在，所以临床上习惯于统称为泌尿路感染。本病妇女最多见。

引起泌尿路感染的细菌最多见的是大肠杆菌，其他如变形杆菌、葡萄球菌、链球菌较少见。妊娠后期、产褥期、肾结石、前列腺肥大、导尿等常为泌尿路感染的诱因。

诊断

1．先从膀胱感染发病的有尿频、尿急、排尿痛、耻骨上区疼痛等膀胱炎症状。多无发烧。有的可以不引起肾盂肾炎而自行治愈。如经逆行感染引起肾盂肾炎后，多有发烧、腰痛。

2．从肾及肾盂开始发病的，可突然感觉畏寒、发烧，伴有腰痛以及尿频、尿急、排尿痛等膀胱刺激症状。发烧可达40℃以上，多为弛张热。有的病人仅有脓尿，发烧及尿路刺激症状可不明显。

体舒通或氨苯喋啶。急性肾炎发生尿毒症时可用20%甘露醇250毫升静滴，30分钟内点完。或25%山梨醇250毫升静点。用法同甘露醇。

4．血压高：使用降压药（见"高血压"治疗）。

5．激素治疗：

（1）强的松10～15毫克，每日三次，适用于肾变性型（血压高及肾功能不好的忌用）。一般地用药二周左右出现利尿现象，三周左右尿蛋白开始减少。为了巩固疗效，用药时间尽可能长些。须停用时，采取逐渐减量的方法，每3～4日减量5毫克，最后完全停药。使用激素治疗时，要并用氯化钾1克，每日三次。

（2）黄体酮：20～40毫克肌注，每日一次，用于肾变性型。

6．尿毒症及酸中毒的处理：

（1）补充液体，每日饮入量为尿排出量加500～800毫升，或用5～10%葡萄糖液静点。

（2）纠正酸中毒：轻症口服碳酸氢钠1～2克，每日3～4次。重症者在静点中加4%碳酸氢钠200～400毫升，或11.2%乳酸钠100～200毫升。

（3）恶心、呕吐用奋乃静2～4毫克口服，或盐酸氯丙嗪25毫克口服或肌注。

（4）肌肉颤动或抽搐的用钙剂或镇静药治疗，10%葡萄糖酸钙10～20毫升加入静点液内静点；

或静脉缓慢注射。

（5）血压高使用降压药。尿毒症时，收缩期血压不应降到170毫米汞柱以下。

（6）钾的补充可根据排尿量的多少决定，排尿量多的易有缺钾现象。长时间无尿，血钾往往增高。

泌尿路感染

泌尿路感染是尿道炎、膀胱炎、肾盂肾炎的总称（不包括泌尿路结核）。因为三者往往同时存在，所以临床上习惯于统称为泌尿路感染。本病妇女最多见。

引起泌尿路感染的细菌最多见的是大肠杆菌，其他如变形杆菌、葡萄球菌、链球菌较少见。妊娠后期、产褥期、肾结石、前列腺肥大、导尿等常为泌尿路感染的诱因。

诊断

1．先从膀胱感染发病的有尿频、尿急、排尿痛、耻骨上区疼痛等膀胱炎症状。多无发烧。有的可以不引起肾盂肾炎而自行治愈。如经逆行感染引起肾盂肾炎后，多有发烧、腰痛。

2．从肾及肾盂开始发病的，可突然感觉畏寒、发烧，伴有腰痛以及尿频、尿急、排尿痛等膀胱刺激症状。发烧可达40℃以上，多为弛张热。有的病人仅有脓尿，发烧及尿路刺激症状可不明显，

慢性微热者以滋补肾阴，清热消炎为主，用六味地黄丸，每次1丸，每日二次吞服。并兼用蒲公英5钱，马齿苋1两，车前子5钱，水煎服。

3．抗菌药：

泌尿路感染大部分是由大肠杆菌引起的，治疗时首先要选择对革兰氏阴性杆菌敏感的药。

（1） 呋喃坦啶（呋喃妥因）100毫克，每日三次，连续服用2～3周，少尿、尿闭、严重肾功能损伤者忌用。

（2） 对急性期病人可选用链霉素、氯霉素及四环素族抗菌素。大肠杆菌对上述抗菌素均易产生抗药性，最好联合使用或交互使用，并注意毒性反应。

（3） 对抗菌素有抗药性者选用磺胺嘧啶、磺胺噻唑、磺胺甲基嘧啶，要和等量碳酸氢钠并用。

（4） 乌洛托品1克，每日三次，连服7～10天，须并用氯化铵或乙酰水杨酸（阿斯匹林），此药适合于慢性病例，如与磺胺类药交互使用（不可同时并用），效果较好。

（5） 黄连素200～400毫克，每日三次服。

血液系统疾病

血液系统生理概要

1．血液成分及功能：

（1） 红细胞：正常人红细胞数：男性450～550万/立方毫米；女性400～450万/立方毫米。红细胞内含血红蛋白，能带氧气和二氧化碳，完成气体交换。动脉血中的血红蛋白含氧气多，颜色鲜红，静脉血中的血红蛋白含二氧化碳多，呈暗红色。呼吸困难的病人因吸入的氧气不足，血液颜色变深，口唇和皮肤出现青紫色，叫做发绀。每100毫升血中含血红蛋白：男12～15克，女10～13克。

（2） 白细胞：正常人每立方毫米血内有6,000～10,000个。白细胞中尚分粒性白细胞（嗜中性、嗜酸性与嗜硷性三种）、大单核细胞、淋巴细胞。粒细胞有吞噬细菌作用，急性炎症时（如阑尾炎），白细胞增多。

（3） 血小板：能促进血液凝固，有止血作用，正常人每立方毫米血液中为10～30万。血小板减少时可发生出血现象（如皮下出血等）。

（4） 血浆：是淡黄色透明的液体。内含血浆蛋白及葡萄糖（血糖），钾、钠、钙等电解质。在正常

情况下，血浆中的水份和电解质的吸收量和排出量，基本上保持平衡。如果因呕吐、腹泻或其他原因，使水分和某些电解质损失过多，会造成脱水及电解质紊乱，须及时纠正。

2．血液的生成：

血液中的红细胞、粒细胞和血小板，是在骨髓中生成，淋巴细胞是在淋巴结、淋巴滤泡等淋巴组织中生成。

3．血量：全血量占体重的8%，血量太少时心脏便无法进行血液循环，发生血压降低及休克，因此对出血病人应迅速采取止血措施，必要时输血或输入其他液体，如葡萄糖、生理盐水等。

4．血型：人的血型分O、A、B、AB四种类型，如果输入的血液和病人的血型不合，会造成严重后果甚至死亡。因此，输血前必须先检验血型及做交叉试验后方可输血。

贫　血

红细胞及血红蛋白低于正常时，临床上总称为贫血。至于单纯白细胞或血小板的减少，另属其他疾病。

诊断

1．贫血的共性表现：皮肤粘膜苍白、困倦、无力、头晕、耳鸣、眼花、心悸、脉搏快、呼吸困难，严重的贫血病人心脏听诊有收缩期杂音。

2．贫血的个性表现：

（1） 缺铁性贫血（营养性小细胞性贫血）：多由慢性失血引起。常可查到有痔、溃疡病、月经过多、钩虫病等慢性失血的病因，妊娠期因胎儿成长，铁的需要量增加，或腹泻时对铁的吸收不良，也可发生贫血。

红细胞及血红蛋白均低于正常，尤以血红蛋白降低明显。

（2） 营养性大细胞性贫血：因缺乏维生素乙12、叶酸等营养因素引起，常见于慢性胃肠道疾病、胃肠切除术后、肝硬化以及妊娠期等。

血红蛋白及红细胞均低于正常，尤以红细胞为明显。

（3） 再生障碍性贫血：因骨髓造血功能低下引起的。有的不容易查到原因，有的与服用药物（如磺胺、氯霉素、氨基比林）或接触苯以及放射线有关。除贫血的共性表现外，可因血小板减少，常有紫癜、衄血、齿龈出血等出血倾向。

红细胞、白细胞及血小板数均减少。白细胞分类，可见淋巴细胞百分比相对增加。

（4） 急性失血性贫血：少量出血（500毫升以下）可不出现症状，中量以上特别是急性大量出血后，除贫血共有的症状外，尚有口渴、恶心、眩晕、

无力、手足潮冷、血压降低，出现休克，如抢救不及时会造成迅速死亡。

治疗

贫血的治疗最重要的是查找贫血原因（原发病）。既要治疗贫血，又要积极治疗原发病。对急性失血性贫血，要针对出血原因采取止血措施。失血过多及发生休克时，要迅速抢救，待止血脱离危险后，第二步再考虑使用抗贫血药。

1. 中草药：

单验方：

缺铁性贫血：

（1） 何首乌5钱，菠菜4两同煮，食菠菜饮汤。

（2） 仙鹤草1～2两，炙黄芪3～5钱，水煎服。

（3） 大枣10个，加水250毫升，熬至120毫升左右，分二次饮用，每次加皂矾粉5厘冲服。

营养性大细胞性贫血：

猪胃一个，洗净，将黄芪2两及冰糖适量放入猪胃内，扎紧蒸熟，去掉药渣，分多次服。

再生障碍性贫血：

（1） 胎盘粉，每次2～3钱，每日二次。

（2） 大枣20个，元肉1两，猪骨髓1两，熬成膏服用。

（3） 当归2两，丹参5两，白芍1两，共研为细末，每次一钱，每日三次。

失血性贫血：

黄芪2两，水煎，用煎剂冲三七粉2钱，内服。

辨证施治：以健脾益胃，补养气血为主。

党参2钱，白术3钱，当归3钱，熟地4钱，元肉3钱，陈皮2钱，甘草2钱，水煎服，每日一剂。

加减法：气短加黄芪3钱；心跳不眠加炒枣仁、远志、夜交藤各3钱；头痛头晕加菊花、冬虫草各3钱，五味子2钱；耳鸣、目眩加枸杞、何首乌各3钱；食欲不振加陈皮、焦神曲各3钱。

2. 对缺铁性贫血使用硫酸亚铁，每日0.6～1.2克，碳酸亚铁每日3～4克，自小量渐增，每次饭后服用，以免刺激胃肠引起恶心、呕吐、腹泻等副作用。

3. 再生障碍性贫血（不是因缺乏造血物质，是由于骨髓的造血功能低下引起，所以使用铁剂无效）用强的松10毫克口服，每日三次。丙酸睾丸素50～100毫克肌注，每日一次。

4. 营养性大细胞性贫血使用维生素B_{12} 100微克肌注，每周1～2次，叶酸每日口服15～30毫克，同时要并用铁剂。

紫　　癜

凡是皮肤粘膜有出血点、瘀斑（青紫块）的均叫紫癜。是因血小板减少或毛细血管通透功能障碍所引起，两者病因不同，在临床表现上亦有不同。

血小板减少性紫癜

诊断

1．大部分病人起病缓慢，主要有皮肤出血点，瘀斑，新出现的是紫红色，稍陈旧的是青黄色，多见于下肢及躯干部位。粘膜容易出血的部位有牙龈、鼻粘膜，其次是阴道出血及便血。

2．血小板计数往往低于10万/立方毫米，没有或仅有轻度贫血。

3．要和再生障碍性贫血引起的继发性血小板减少出现的紫癜做鉴别。再生障碍性贫血除血小板减少外，白细胞及红细胞均减少。

治疗

1．中草药：

单验方：

（1）槐花4钱，侧柏叶3钱，大枣2两，水煎服。

（2）鲜小蓟、鲜茅根、鲜生地各1两，甘草4钱，水煎服。

辨证施治：以清热凉血止血为主。

生地5钱，赤芍、丹皮各3钱，仙鹤草1两，侧柏叶5钱，鲜小蓟1两，红枣10个，水煎服。

加减法：出血甚者加三七粉1～2钱吞服；尿血加鲜白茅根1两，竹叶3钱；咯血加白芨3钱；便血加地榆炭、槐花各3钱；呕血加藕节3钱，花蕊石4钱；子宫出血加艾叶4钱，当归、益母草各3钱；贫血者加党参、当归、熟地各3钱。

2．有出血现象的服用安络血2.5～5毫克，每日三次。维生素丙100～200毫克，每日三次口服。6—氨基己酸10毫升静脉注射；鼻粘膜出血的用浸有1：1000肾上腺素的棉球压敷。

3．激素治疗：使用强的松，每日30～40毫克，连用1～2个月。

4．严重出血不止使用止血药无效者，可输新鲜血。

过敏性紫癜

是由变态反应影响血管壁通透性，使血管壁脆性增加所引起的疾病。

诊断

1．紫癜出现的较快，多数病人仅限于两下肢，呈对称性，大小不一，其中有一部分微凸起（高粱米粒大的），重症的遍布于四肢及躯干部，可

伴有下肢关节肿痛，弥漫性腹痛，便血，影响肾脏后出现血尿。

2．常有蛋白尿、血尿。

3．出凝血时间和血小板数均正常。

治疗

注意寻找过敏原，对某种食物过敏的不能再吃，对药物过敏的不能重复应用。

1．中草药：

单验方：

（1） 红大枣2两，水煎服，一日三次。

（2） 苍耳子半斤，水煎成膏，每次一匙，一日三次。

（3） 鲜茅根1斤加水750毫升，文火煎成150毫升，日三次服。

（4） 连翘3钱加水250毫升，文火煎成150毫升，日三次服。

（5） 蝉蜕3钱，白蒺藜6钱，白藓皮3钱，水煎服。

辨证施治：以滋阴清热、解毒止血为主。

生地5钱，丹皮3钱，白芍3钱，侧柏3钱，阿胶3钱，大枣20个，水煎服。

加减法：发热加连翘8钱；便血加地榆炭3钱；尿血加小蓟3钱，白茅根1两；衄血加元参3钱；呕血加藕节5个，花蕊石4钱；贫血者加黄芪、党参、当归各3钱；出血甚者加仙鹤草8钱；紫斑加大青叶3钱。

2．轻症的用维生素丙、扑尔敏（4毫克，每日三次）、苯海拉明或异丙嗪（25毫克，每日二次）。

3．重症的用强的松10毫克，每日三次，或用氢化可的松100毫克加入液体内静脉点滴或用0.25%普鲁卡因100～200毫升静脉点滴。

神經系統疾病

解剖生理概要

神经系统管理机体各部的活动，以调节各系统相互协调统一。并使机体与外界环境发生联系，对外界刺激给予适应性反应，从而使人体与外界保持相对平衡。保证人体的正常生命活动。

神经系统有中枢神经系统和周围神经系统两部分。中枢神经系统有脑和脊髓，周围神经系统是从脑发出的脑神经和从脊髓发出的脊神经。周围神经又包含传入和传出两种神经，传入神经把体内外发生的一些变化反映到脑和脊髓里去，脑和脊髓再通过传出神经去支配身体各部的活动，使各器官适应当时整体的需要产生有关反应。

脑和脑神经：

1. 脑分大脑、间脑、中脑、小脑、桥脑和延脑等。

（1） 大脑：在颅腔内，占脑的大部分，分左右两半，叫大脑半球。人体的运动和感觉，以及思维活动，都要靠大脑的作用。如一侧大脑半球有损害（如中风时），会出现对侧肢体的运动障碍，有关的感觉也受影响。脑部受强烈震动（脑震荡）或发炎（如脑炎）则会昏迷。

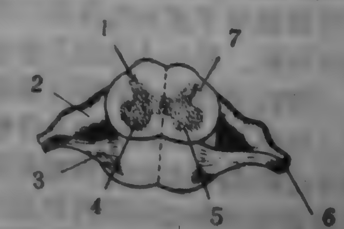
（2） 小脑：主要是保持身体姿势的平衡和动作协调。小脑损害时，走路会东倒西歪，动作不准确。

（3） 延脑：有管理呼吸、调节心跳、血管舒缩及胃肠活动的中枢。延脑损害时会立即造成死亡。

2. 脑神经：从脑直接发出，有嗅、视、动眼、滑车、三叉、外展、面、听、舌咽、迷走、副、舌下神经等12对。

脊髓和脊神经

1. 脊髓：在脊椎骨的椎管内。脊髓靠近中央的灰色部分叫做灰质(图9—24)。脊髓灰质受损害时可

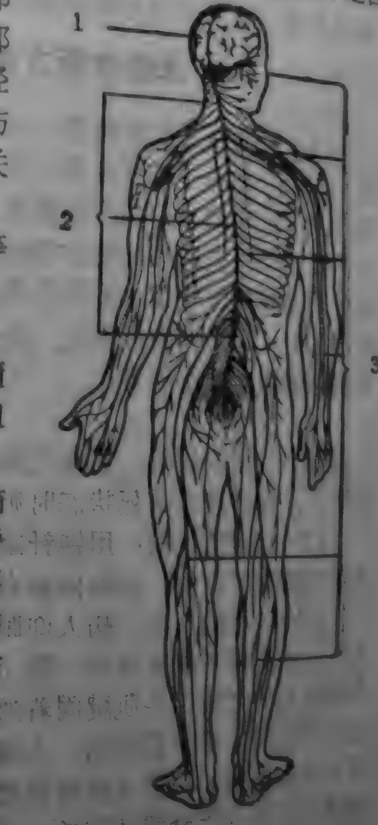


1.后角　2.后根　3.前根
4.前角　5.灰质　6.脊神经
7.白质

图9—24　脊髓切面

出现瘫痪，如小儿麻痹。灰质外周的白色部分是白质。除了头、面部外，脑与身体各部的联系大部都要经过脊髓，脊髓损伤会使脑与身体有关部位的联系中断，产生运动和感觉等方面的障碍。

2. 脊神经：(图9—25）从脊髓的两侧发出，共31对。



1.脑　2.脊髓　3.神经

图9—25　神经系统

脑脊髓膜和脑脊髓液：在脑和脊髓的表面有三层膜，它们之间充满透明的液体，叫脑脊液。小儿前囟未闭合前，可从其饱满程度反映出脑脊液压力的高低。

植物性神经系统：管理内脏活

动，不受意识支配，有它自己的规律性，叫植物性神经系统。它又分成交感神经和副交感神经。

体格检查方法

1．瞳孔对光反射检查：正常时瞳孔应两侧等大，同圆，如将手电光自侧方迅速移到眼前照射瞳孔时，则迅速缩小。如在脑膜炎或其他脑病重症者反应迟钝或消失。在药物中毒时，如有机磷、巴比妥类药物可使瞳孔缩小到针尖程度。在昏迷或阿托品中毒时，可见到瞳孔散大。在严重脑病变时，可见到两侧瞳孔大小不等。

2．反射：

（1） 角膜反射：用棉花轻触眼角膜时，眼立即闭合。深昏迷或临死状态时则消失。

（2） 腹壁反射：用钝针或尖棍急划腹壁时，可见同侧腹壁收缩。如锥体束有疾患时则消失。

（3） 膝腱反射：病人仰卧位，稍屈膝，足跟着床，或再以一腿放在另一腿上，然后用打诊锤或听诊器头叩打股四头肌腱固着的部分，即髌骨与胫骨结节之间，四头肌收缩，小腿伸展。腱反射增强可见于锥体束的病变或神经官能症等。腱反射减弱或消失，可见于脊髓灰质炎、周围神经炎或深度昏迷时。

3．脑膜炎时应作如下检查：

（1） 项强试验：病人平卧，用手轻轻抬头屈颈时，有脑膜炎可呈强硬感不易屈颈。

（2） 划脚掌试验：划脚掌的外侧（由脚跟向脚尖），正常时各趾向脚心方向屈曲（图9—26）。脑膜炎可见到拇趾向脚背跷起，其余各趾外展呈扇形(图9—27)。



图9—26 划脚掌试验　　图9—27 划脚掌试验阳性

（3） 屈腿直膝试验：病人仰卧，屈大腿与躯

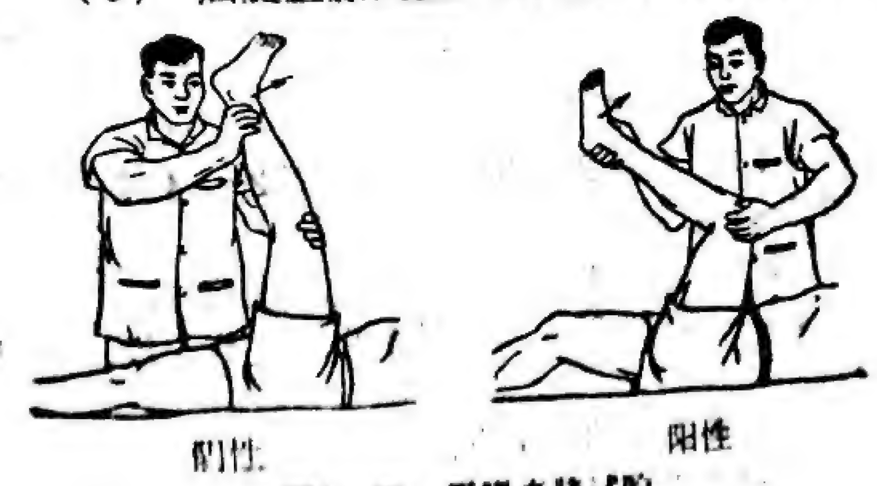


图9—28 屈腿直膝试验

于成直角同时屈小腿与大腿成直角，然后再伸展其屈曲的小腿，当膝关节被伸展时，发生疼痛或阻力很大时，即为阳性反应(图9—28)。

（4） 抬颈试验：病人仰卧，用手迅速抬病人头部(使下颌近胸)，如下肢不自主的屈曲时为阳性。

三叉神经痛

多在一侧面部，三叉神经感觉支配区内阵发性电击样、刀割样剧痛，以面颊，上下颌或舌为最多。历时数十秒或一、二分钟。重者伴有面肌抽搐、流泪、流涎等。谈话、饮食、刷牙等均可引起疼痛发作。常因剧痛不能进食。应与牙痛、鼻窦炎等鉴别。

治疗

1．新针：主穴：巨髎、太阳、落枕、下关。备穴：太迎、合谷、医明、医风。

2．中草药：

（1） 天麻2～3钱，夏枯草2～4钱，生草乌0.5～1钱，水煎服。

（2） 生芍1两，甘草5钱，水煎服。

（3） 蜈蚣3条，全蝎3分，生芍5钱，水煎服。

3．苯妥英钠0.1克，日服三次。维生素乙12肌注500～1000微克。镇痛药如阿斯匹林、安乃近、

索密痛等。

面神经麻痹

俗称“歪嘴风”，常发生于面部着凉受风之后。

诊断

病前患侧面部不适，耳下或耳后痛，常于晨起发现一侧面部表情丧失，眼裂变大，额纹消失，鼻唇沟变浅或消失，口角歪向健侧，当闭眼时患侧的眼闭不上，而且眼球上转露出白色巩膜。让病人鼓腮、呲牙、吹哨或笑时口角歪斜更明显。

治疗

1．新医疗法：新针(见144页)；经穴（见197页）。

2．中草药：

外用：

（1） 白芨1两，南星5钱，皂角5钱，草乌、川乌各2钱，防风、僵蚕各1钱，共研成末，生姜汁调敷患处，每日换一次。

（2） 生南星3钱，生栀子2～3个，共研成末，醋调敷于患侧颊车穴及其周围。

（3） 鳝鱼加蒜捣碎，敷于患侧面部。

口服：

（1） 僵蚕3钱，全蝎3钱，白附子4钱，蜈蚣3钱，共研成末，分九包，每服1包，每日三次。

（2） 明天麻 4 钱，白附子 4 钱，全蝎 2 钱，僵蚕 2 钱共为面，每服 7 分，每日三次。

（3） 生黄芪 1 两，赤芍、当归各 4 钱，防风 3 钱，蜈蚣 2 条，水煎，分三次服。

（4） 蜈蚣一条研成末，用防风 7 钱，水煎汤送服。或加黄芪 1 两，煎汤送服。

3. 0.25～0.5% 普鲁卡因 3～5 毫升，下关穴封闭，每日一次，或口服维生素乙$_1$20～40毫克，每日三次。如眼睑不能闭合，可戴眼罩保护眼睛。

癫　　痫

是一种发作性暂短的大脑机能紊乱的疾病。俗称“羊痫风”。主要表现突然意识丧失、肌肉抽搐或精神障碍。常反复发作。

诊断

1. 癫痫大发作：突然发作，可大叫一声，随即意识丧失而跌倒，双目固定，头歪或后仰，四肢僵直，继则四肢一阵阵抽搐，眨眼，瞳孔散大，面色青紫，口吐白沫，唇舌常咬伤而吐血沫，尿失禁，痉挛持续几分钟后转入深睡。醒后头痛，疲倦，不能回忆发作时的情况。

2. 癫痫小发作：发作性短暂的神志丧失。病人突然停止工作，瞪目直视，呆立(坐)不动，或谈话中突然中断，或手中持物突然落地。有时可有无

意识的不自主动作，如搓手等，事后不能回忆。

3. 局限性癫痫：一般无神志丧失。一侧或个别肢体，颜面局部麻木或抽搐，或扩展为全身痉挛和意识丧失。

4. 癫痫连续状态：癫痫发作连续不停，间隔很短，神志不恢复。可有高烧及脱水，如抢救不及时，可衰竭致死。

治疗

以深厚的无产阶级感情，作细致的思想工作，帮助病人消除顾虑。尽量不要脱离工作，但不宜高空作业、操纵机器或驾驶车辆。儿童患者不可单独到危险地区，以免发生意外。

大发作时宜用缠纱布的筷子或舌压板垫在病人上下大牙之间以防舌咬伤。注意呼吸道通畅，头向一侧便于唾液流出，以防误咽引起吸入性肺炎。平时勿过饮过食或吃大量的盐类。

1. 新医疗法：新针（见143页）；耳针（见166页）；埋线（见179页）；经穴（见198页）。

2. 中草药：

单验方：

（1） 郁金 7 两，明矾 3 两，共为细末，每次0.5钱，日服三次。

（2）黄瓜藤 2 两，水煎服。

（3） 雄黄 3 钱，郁金 3 钱，巴豆霜 5 分，共

为面，成人每服0.1钱，3岁以下小儿0.01钱。

（4） 天麻2钱，钩藤3钱（后下），生牡蛎5钱（先煎），姜半夏2钱，桔红1钱，每日一剂，水煎服。

（5） 明矾5两，朱砂、磁石各1两，研为面，成人第一个月每日三次，第二个月每日二次，第三个月每日一次，每次服0.6钱。

辨证施治，宜豁痰熄风为主。

茯苓3钱，清夏3钱，桔红1钱，郁金3钱，明矾2钱，全蝎2钱，蜈蚣1条，水煎服。

加减法：痰甚加胆星、竹沥各2钱～3钱；失眠加炒枣仁、远志各3钱；有热加黄芩、栀子各1.5～3钱。或用礞石滚痰丸，每次3钱，每日一次，连用一周。

3. 控制发作的药物：

（1） 苯妥英钠（大仑丁）0.1克，每日三次口服，最多每日总量0.6克。小儿一日5～8毫克/公斤。

（2） 苯巴比妥0.03～0.06克，每日三次口服。小儿一日2～5毫克/公斤。

（3） 利眠宁0.01～0.02克，一日三次，口服。小儿一日3～5毫克/公斤，分四次肌注。

控制发作可选用一种，若无效时可逐渐加量或并用二种药物。到发作停止后还连续用药1～2年，

再逐渐减药，直到停药。不能骤然停药或更换他药，以免诱发癫痫连续状态。

小发作可用咖啡因0.02～0.04克，日服三次。

4. 癫痫连续状态的治疗：原则上应一次大剂量给药，迅速控制发作。

（1） 副醛 4～6 毫升（小儿0.1～0.15毫升/公斤），肌肉注射。如注射15～20分钟后仍有发作，可改药。

（2） 可用苯巴比妥钠0.2～0.3克肌注，必要时可4～6小时一次。肝肾功能不良者慎用。

（3） 反复抽风不止时，易出现脑水肿，需用脱水疗法，静注50%葡萄糖或20%甘露醇等。

（4） 意识恢复后可改用口服药。如仍不能控制，可用硫喷妥钠0.25～0.5克缓慢静注。呼吸循环障碍时，应予吸氧，注射呼吸兴奋药及强心剂。昏迷过久应予抗菌素，以防感染，并进行鼻饲（营养、药物）。

脑出血

脑出血是脑血管意外最常见的一种，俗称"中风"，其主要病因为高血压、动脉硬化，以昏迷和偏瘫为其主要表现。

诊断

中年以上，有高血压、动脉硬化史，突然跌

倒，昏迷，尿便失禁，呼吸深大或不规则，一侧肢体瘫痪，口角下垂，鼻唇沟变浅。

如昏迷不深，可用下法发现偏瘫：

（1）举起两侧肢体，然后松手，瘫痪侧则沉重而迅速地落下。

（2）压迫眶上神经处（眶上缘内侧）或以针刺检查，则见瘫痪侧的口角和肢体无运动反应。

（3）瘫痪侧可见划脚掌试验阳性等病理征。

脑血管意外的鉴别诊断

	脑出血	蛛网膜下腔出血	脑血栓	脑栓塞
年龄	中年以上	青壮年	老年	任何年龄（以青年为多）
病因	高血压、动脉硬化	先天性脑动脉瘤，或其他血管疾病	动脉硬化或动脉炎	心脏病
起病情况	较急，数小时内达高峰，多发生于用力或情绪激动时	同脑出血	较缓，病情逐渐发展，多发生于休息或睡眠时	急骤，数分钟内发病
意识障碍	多有持久昏迷	常有昏迷	无或较轻	意识突然丧失，恢复较快
※颅压增高表现	多有	多有	多无	多无
神经系统体征	偏瘫、病侧瞳孔大	颈项强直，脑膜刺激征，可有动眼神经瘫痪及偏瘫	偏瘫可逐渐加重	单瘫或不全瘫，常有癫痫
脑脊液	压力高、含血	压力高、血性	压力正常或稍高，清亮	压力正常或稍高，清亮

※ 颅压增高现象，包括头痛，恶心，呕吐，呼吸深慢或不规则，脉缓等。

治疗

急性期病人应绝对卧床休息，尽量不要搬动，最好就地治疗。保持病人呼吸道通畅，预防褥疮及肺部感染，应经常翻身、擦澡，保持周身皮肤干燥，注意口腔清洁。尿潴留应导尿。保持大便通畅，必要时给缓泻药或盐水灌肠。

1．新针（见144页）。

卤碱注射液1～3克加入10%葡萄糖液500毫升，静点。

2．中草药：

（1） 昏迷面赤、两手紧握、声如拉锯、脉有力者，宜平肝熄风。

① 钩藤3钱（后下），薄荷3钱（后下），桔红钱半，加水一碗煎至半碗，取汁另加入紫金锭（成药）1～2钱溶化后分二次灌下或鼻饲灌入。

② 牛黄清心丸1～2粒或至宝丹1～2粒研细吞服。如昏睡脉小者用苏合香丸1粒，研面吞服。

（2） 中风后遗口眼歪斜，半身不遂者，宜益气养血，祛瘀通络。当归4钱，川芎3钱，赤芍2钱，黄芪3钱，地龙4钱，红花1.5钱，水煎服。

3．其他疗法：注射青、链霉素，防止感染。躁动不安者注射苯巴比妥钠。血压高者加服降压药。止血可注射安络血。降低颅内压、减轻脑水肿可静注50%葡萄糖60毫升，一日四次，或口服双氢克尿塞，或口服甘油50～100毫升，一日3～4次。重症可给20%甘露醇或25%山梨醇一次1～2克/公斤。

持久昏迷者应静脉点滴10%葡萄糖液。

4．恢复期治疗：对瘫痪肢体应积极进行运动练习和按摩，配合新医疗法以促进瘫痪恢复。

5．脑血栓及脑栓塞的治疗同脑出血，但另外要用血管扩张药如内服菸酸、地巴唑、罂粟碱等，或静脉给氨茶碱。

神经官能症

神经官能症是由精神因素引起的大脑皮层功能暂时性失调的一组疾病的总称，包括神经衰弱和癔病等。

神经衰弱

诊断

1．主诉症状多种多样：有的易兴奋，好激动发脾气，注意力分散，难入睡，睡不实，头胀痛，全身不适；有的心悸，气急，多汗；有的提不起精神，工作不能持久，思想不集中，记忆力减退，易疲劳，嗜睡，梦多不解乏，头昏脑胀，全身酸痛；或有阳萎、早泄、遗精等症。

2．体检：无与症状相应的阳性器质性体征。应注意与其他慢性病引起的神经衰弱症候群相区别。

治疗

我们必须突出无产阶级政治，抓好病人的活思想，做过细的政治思想工作，消除顾虑，树立与疾病斗争的信心和革命乐观主义精神。正确认识神经衰弱的本质和产生的原因，并帮助病人掌握疾病的规律性，发挥主观能动性，如坚持体力锻炼，注意生活规律，适当安排工作与休息等。

1．新医疗法：新针（见142页）；耳针（见166

页）；水针（见173页）；捏脊（见220页）。

肉硷口服或静脉注射，由小剂量开始，逐渐加量。

2．中草药：

单验方：

（1） 五味子1两，白酒1斤，浸7天，每次服1酒杯，日服2次。或用五味子40粒，蒸过加白糖水冲服（服10付后效果显著）。

（2） 合欢皮3钱，水煎服。

（3） 合欢皮3钱，琥珀2钱，白芍3钱，柏仁2钱，龙齿5钱，水煎服。

（4） 远志、五味子各等分为面，每晚睡前服1钱。

（5） 田鸡油1钱，加入适量冰糖和水，蒸调羹，每晨服一次。

辨证施治：

（1） 以失眠多梦、心悸健忘为主症者，宜养血安心。可选用下方：

① 熟枣仁3钱，榆树钱3钱，研成末米汤送下。

② 炒枣仁1两，五味子2钱，夜交藤5钱，水煎服。另朱砂面5分睡前冲服。

③ 生龙骨、牡蛎各5钱，山芋肉、元肉、柏子仁、炒枣仁各3钱。水煎服。

加减法：健忘重加龟板、菖蒲、远志各3钱。

失眠重加夜交藤3钱。精神忧郁加合欢皮3钱。心烦加百合、山栀各3钱。

（2） 以遗精、早泄、阳萎为主症者，宜补肾涩精，可选用下方：

① 芡实、芋肉、枸杞各3钱，川断、龙骨、杜仲各2钱，食盐3～5粒，水煎服。或共研为末，每服1～2钱，日服三次。

② 复盆子、车前子各5钱，五味子、菟丝子、蒺藜各3钱，研成面，制成蜜丸（2钱），每服1丸，日服二次。

③ 龟板醋炒5钱，补骨纸5钱，巴戟肉5钱，杞果5钱，共研面制成蜜丸（3钱），日服2丸。

④ 韭菜子1两，复盆子5钱，菟丝子7钱，共焙干研成面，用枣肉制丸，每服1钱，日服三次。

3．入睡困难者用10%水合氯醛10毫升，或速可眠0.1克；梦多易醒用异戊巴比妥0.1克或氯丙嗪25～50毫克，睡前服。有肝病的可用安眠酮0.1克，睡前服，但不宜长期用。

癔 病

诊断

1．有明显的精神因素．有反复发作史。

2．发作时可有阵发哭笑、胡言乱语或叫骂，内容多与精神刺激有关，或捶胸顿足、撕衣毁物。

或抑郁不语以至木僵状态。或呈类癫痫样发作：突然四肢抽动或强直，两眼上翻。

3．少数可表现为较长时间的单瘫，偏瘫或截瘫，但腱反射正常。感觉减退或消失，但与神经分布区不相符合。或突然失明、失音、耳聋。

4．暗示性强：暗示可使症状加重或发作，但也可配合治疗而使之痊愈。

5．癔病与癫痫的鉴别如下：

项目	癫痫大发作	癔病
发作因素	多无精神因素，可有前驱症状和先兆（如眩晕、幻觉、肢体麻木、腹痛等）	常有明显的精神因素，无先兆
发作时间	常持续5分钟左右	持续时间不定，多较长
意识状态	意识丧失，常有尿失禁及咬破舌头	表面上意识不清，但对外界刺激常能显示一些反应，无尿失禁，不咬破舌头
瞳孔反射	睁目，瞳孔扩大，对光反射消失	常闭目，瞳孔对光反射存在
发作场合	不择时间、地点，常遭受损伤	常在有人注意的安全场合下发作，故虽多次发作而无损伤

治疗

突出无产阶级政治，做好政治思想工作，积极参加生产斗争、阶级斗争和科学实验三大革命运动，不断改造思想，树立起革命的人生观和正确的思想方法，既要谦虚、谨慎、戒骄、戒躁，又要克服软弱无能的思想。

1．新医疗法：新针（见142页）；耳针（见168页）。

2．中草药：

（1） 甘松香6钱，陈皮1.5钱，加水250毫升，煎剩150毫升，一日三次分服。

（2） 甘草4钱，小麦5钱，大枣5个，百合4钱，水煎服。

加减法：喉间有异物阻塞感加清夏、厚朴、苏叶各3钱；烦躁不安加生牡蛎5钱，炒枣仁4钱；咽干加元参、麦冬各3钱；手足抽搐加蜈蚣一条，勾藤3钱；失语加菖蒲3钱；胸闷加橘红2钱，竹茹3钱；心悸重加菖蒲、远志各3钱；失眠加夜交藤、五味子、炒枣仁各3钱；哭笑无常加合欢花3钱，青皮2钱，珍珠母5钱。

3．对症治疗：抽搐者肌注苯巴比妥钠0.1～0.2克或氯丙嗪50毫克。昏迷者可用氨水棉签放于鼻孔处，刺激其苏醒。或静注10%葡萄糖酸钙10毫升，再配合语言暗示，可达到良好疗效。

中毒性疾病

有机磷农药中毒

目前农村广泛使用的有机磷杀虫药有：1605（对硫磷）、1059（内吸磷）、敌百虫、敌敌畏、乐果等。杀虫效力很高，但对人和家畜也有剧毒。这类杀虫药可经呼吸道、胃肠道及健康皮肤侵入机体。多因管理不当、防护不够以及误服等而引起急性中毒。

诊断

1．有与农药接触史：由于中毒途径和剂量不同常在接触后半小时～8小时突然发病。

2．病情可分轻、中、重三种：

（1） 轻度中毒：有全身难受、无力、头痛、头晕、恶心、呕吐、腹泻、腹痛、视力模糊、出汗较多等。

（2） 中度中毒：除上述症状外可有流口水、大量出汗、肌肉颤动、瞳孔缩小、呼吸困难、精神不安等。

（3） 重度中毒：除上述各类症状加重外，瞳孔缩小如针头大。口唇和指甲发绀，大小便失禁，抽搐，昏迷，心跳快，血压升高等。最后可因呼吸、循环中枢衰竭而死亡。

预防 （见卫生防疫）

治疗

1．现场抢救：迅速使患者离开中毒环境，脱去污染的衣服。并立即用肥皂水或苏达水冲洗皮肤，但不可用热水洗。若为口服毒物，可用1～2%苏达水洗胃（敌百虫遇硷性溶液后可形成毒性更大的敌敌畏，中毒时不能用苏达水洗胃）。

2．特效治疗：

（1） 硫酸阿托品：①轻度中毒给0.5～1毫克肌注，必要时可每隔30分～1小时重复注射，总量可用到3～9毫克。②中度中毒可用1～2毫克肌注或静注，每15～30分钟一次，用到呼吸困难消失，瞳孔开始散大，颜面潮红并感口干，即可逐渐减量。或延长给药时间，总量可用到15毫克。③重度中毒每次用2～3毫克静注，每15～30分钟一次，到瞳孔开始散大，血压恢复正常，肺水肿消退，改为肌肉注射，每次1～2毫克，每30分钟一次。待意识开始恢复，四肢开始活动，改为1毫克，30～60分钟一次。直至意识恢复，瞳孔散大，再减少剂量或延长给药时间，持续1～2日停药。

（2） 解磷毒（又叫解磷定，P、A、M）：轻度用0.4克，溶于20～40毫升葡萄糖液中缓慢静注，每1～2小时一次。总量可用到1.2克。对中度及重度中毒患者，应与硫酸阿托品并用，可增加疗效，节省

药品。每次用0.8～1.2克，溶于葡萄糖液内缓慢静注。对肌肉颤动、痉挛、肌无力等有明显效果。如经半小时后仍无效，可用同等剂量重复静注一次。用到2克后效果仍不显著的，可用解磷毒0.8～1.2克，溶于5％葡萄糖液500毫升内，以每小时0.4克的速度作静脉滴注。症状好转（一般需在6小时以上）后，可停用解磷毒，单用阿托品直到症状消失。解磷毒总量可用到2.4～8克。

3．对症治疗：

（1） 有紫绀及呼吸困难时给吸氧，肌注山梗菜硷（洛贝林）或尼可刹米（可拉明）等呼吸中枢兴奋剂，必要时进行人工呼吸。

（2） 有抽搐痉挛症状者，可肌注苯巴比妥钠0.1克。

（3） 有脱水时须给补液。有肺水肿可用适量抗菌素预防感染。

（4） 急性期过后，应在1～2周内不接触这类农药。适当安排休息。

细菌性食物中毒

常见的细菌性食物中毒为沙门氏菌感染及葡萄球菌、嗜盐菌性食物中毒。多因食入被细菌污染的食物后发生。主要表现为急性胃肠炎症状。多集体发生，如抢救不及时可有生命危险。

诊断

1．食物中毒多在吃同一食物后全家或集体发生。也可在吃过可疑食物后迅速出现中毒症状。

2．主要表现为剧烈的呕吐、腹泻和腹痛等急性胃肠炎症状。可同时有全身无力、头痛、头昏等。

3．可有体温升高，脱水，血压下降、脉搏频数等。也可有腹部压痛。

预防

要遵照伟大领袖毛主席“**千万不要忘记阶级斗争**”的教导，严防敌人投毒暗害等罪恶活动。同时也要注意饮食卫生。不吃可疑及腐败变质的食物，不吃臭米面，尤其在夏季更要注意。不吃病畜肉，如认为可食用时，一定要经过兽医检查鉴定。

治疗

对病情较重者，应卧床休息，注意保温，静脉补充适量的水分及盐类。

1．急救处理：中毒症状严重，但已过数小时未呕吐的，可考虑用手指或筷子等刺激咽部引吐，或用硫酸铜0.2～0.5克用水溶解成淡蓝色液，灌入催吐。中毒严重而无腹泻的可用硫酸镁20～25克服下，以排出肠内毒物。

2．腹痛严重的可肌注阿托品0.5毫克，必要时数小时再用。血压下降的可用升压药。

一氧化碳中毒

一氧化碳中毒也叫炭烟中毒。煤或木炭在燃烧不完全时，易产生一氧化碳。所以冬天用煤炉或用炭火盆取暖，再加门窗密闭，通风不良时就很易中毒。

中毒机制主要是一氧化碳与血红蛋白结合成碳氧血红蛋白，影响了氧气的传递作用，引起组织缺氧所致。

诊断

1．有烟熏及同屋多数人发病史。

2．中毒轻的发生头痛、头昏、恶心、呕吐、四肢无力、脉搏快而弱。重者感觉迟钝，虚脱，并有呼吸不规则，抽搐，昏迷等。如抢救不及时，多因心脏及呼吸受抑制而死亡。

3．轻症皮肤苍白色，重症面色粉红，口唇粘膜呈樱桃红色。颜面及口鼻可见烟熏痕迹。皮肤可见红色斑。静脉血呈鲜红色，且放置数小时甚至24小时后也不凝固。

预防

冬季采暖用煤炉，必须安装烟囱，并定期打扫烟囱，不使堵塞。如用炭火盆，必须先将木炭烧红后再搬到室内，睡前应移到室外。窗户要装风窗或设通风孔。

治疗

1．立即将患者移到空气新鲜，通风良好的场所，解开衣领。但应注意保温。

2．意识不清的，针刺急救穴位：人中、内关、涌泉、合谷、十宣(出血)、百会、足三里等。

3．呼吸停止的，实行人工呼吸、吸氧、肌注可拉明等呼吸中枢兴奋剂。

4．循环衰竭血压下降的，可注射升压药，如甲氧胺、恢压敏或肾上腺素等。必要时静点5％葡萄糖盐水1000～1500毫升或加用去甲肾上腺素。

5．注意全身状况，应给50％葡萄糖40～60毫升加维生素丙300～500毫克。同时对昏迷病人用抗菌素防止继发感染。

腸道寄生虫病

肠蛔虫病

肠蛔虫病是农村最常见的寄生虫病。蛔虫在小肠内的寿命一年左右，以后自行离体死亡。但每一雌虫在肠内每昼夜可产卵20万个。受精的蛔虫卵在适合的温度和湿度下，约9～15天发育成蛔蚴，含有成熟蛔蚴的虫卵，沾污了手指、饮用水、瓜果、蔬菜等，被人吃后即可感染。卵壳在肠内溶解，幼虫

钻入肠壁，经血行入门静脉→肝脏→下腔静脉→右心室→肺动脉→肺泡毛细血管→肺泡→气管→咽喉部→食道→胃→小肠，在小肠内发育成虫，从吞入虫卵至发育成熟产卵需60～75天（图9—29）。

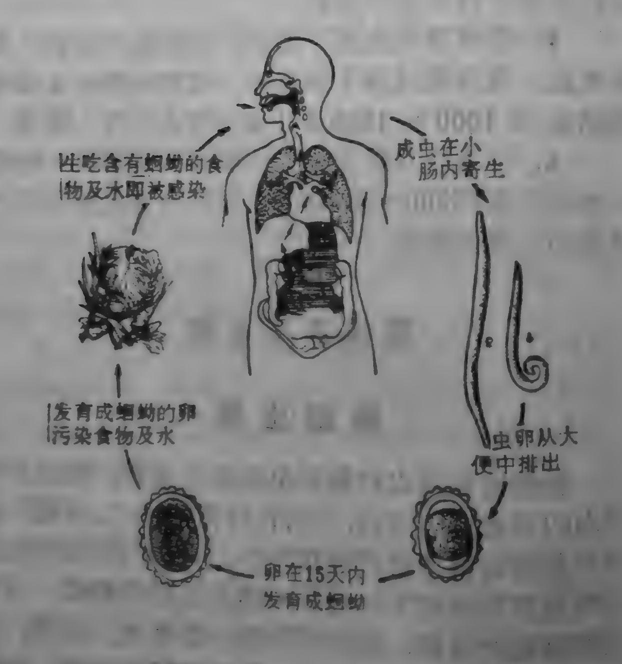


图9—29 蛔虫生活史

诊断

1．腹痛部位不定，常在脐周围及上腹部，多为一阵阵疼痛，痛时可在腹部摸到条状或块状包块。约半数病人有便蛔虫史，少数有吐出蛔虫史。

2．食欲不振，腹胀，腹泻，夜惊不宁，有夜间磨牙甚至抽搐的。个别病儿喜吃生米，土块等异物。

3．常合并胆道蛔虫症及蛔虫性肠梗阻（参见外科）。

4．诊断有困难的，可作大便化验找蛔虫卵。

预防

1．在防治中，要遵循伟大领袖毛主席关于**“我们必须告诉群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争”**的教导，积极向广大群众宣传蛔虫病的危害性及预防方法，让群众自己起来防治。

2．推广泥封堆肥法处理粪便，杀灭蛔虫卵。

3．不随地大便，保护水源，使食物不受污染。

4．饭前便后要洗手；生吃的蔬菜、瓜果，要充分洗净。

5．对蛔虫病要及时治疗，防止蛔虫并发症。

治疗

1．新针（见138页）。

2．中草药：

（1） 苦楝皮去掉外层老皮，用其树干或树根里层的白皮。每次1两，加水两小碗，煎成一小碗。加些红糖，早晨空腹一次服下。一次无效，次日可再服一剂。

（2） 干石榴皮1两，芒硝2钱，水煎后加些糖，一日分二次服完。

（3） 炒使君子肉（不炒焦），每次空腹时服3钱，儿童酌减，吃药后一小时不宜喝茶。另法：使君子，每天每岁1粒，最大量不超过20粒，分2～3次服，连服三天。

（4） 槟榔5钱，使君子5钱，水煎，每日一剂清晨空腹服。

（5） 萹蓄（猪牙菜）1两，醋1两，水煎，每日一剂，空腹顿服。

3．驱蛔灵(枸橼酸哌哔嗪)：成人每日2.5～3.5克，睡前或早晨1次顿服，连服1～2日。儿童每日每公斤体重给0.1～0.16克，一日量不超过3克，连服1～2日，必要时可在服药后5～6小时服泻剂。

4．山道年：每次60～90毫克，临睡前及次晨空腹时各服一次，服药2小时后服硫酸镁20～25克，服泻药后应大量饮水。儿童每日每岁给0.005～0.01克，总量不超过0.06克，用法与成人同，有肝病的不要用山道年驱虫，以防肝病恶化。服药当天及前两日，不应进油脂类食物及酒类，以避免药物吸收中毒。重复治疗应间隔一周以上。中毒症状为看物发黄色，并有腹痛、吐泻、流涎甚至昏迷等。

5．合并胆道蛔虫症或蛔虫性肠梗阻的治疗见外科。

絛 虫 病

常见的绦虫有两种，即牛肉绦虫（也叫无钩绦虫）和猪肉绦虫（也叫有钩绦虫)。两种都像煮熟的宽面条，分头、颈、体节三部分。方形头，全虫长约2～5米，每日随粪便排出虫卵。猪、牛吃入绦虫卵后，分别形成猪、牛囊虫病。人吃了半生不熟的猪肉或牛肉（豆肉或米身肉)，肉内没被煮死的囊蚴在小肠内发育为成虫。其头部吸附于肠壁，颈节逐渐分裂成体节，2～3个月后发育成虫。绦虫卵随人粪便排出，再感染牛、猪，人也可被感染。人食入虫卵也发生囊虫病，出现皮下囊虫结节，侵入脑组织的囊虫能发生癫痫（图9—30)。

诊断

1．有吃过未熟的猪肉或牛肉，特别是“豆猪肉”或“豆牛肉”的饮食史。

2．大便中发现绦虫节片或节段。

3．诊断有困难的可化验大便找绦虫卵。

4．在肌肉内或皮下触到有多数大小相同的结节（约绿豆大或黄豆大），应考虑是囊虫病。

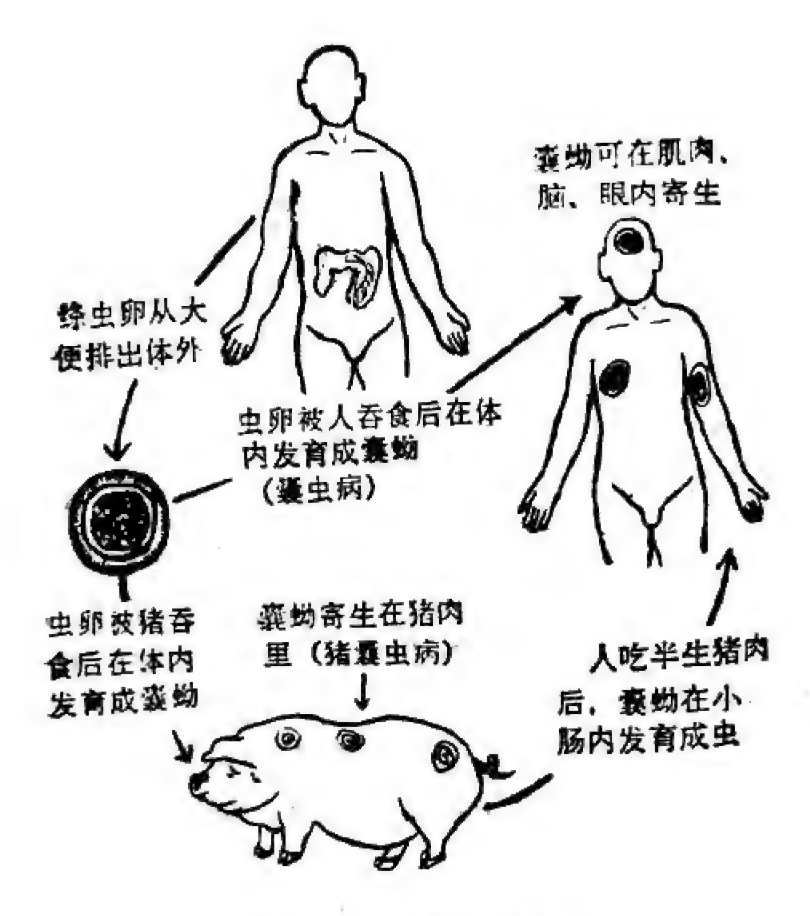


图9—30 绦虫生活史

预防

积极向广大群众宣传绦虫病对人的危害、感染途径和预防方法。加强粪便管理。不让猪吃人粪，不让牛吃污染虫卵的牧草及饲草。提倡饭前便后洗

手。不吃未经特殊处理的有囊虫病的猪肉及牛肉。防止吃不熟的猪肉或牛肉。及时彻底治愈病人，消除猪、牛再受感染的机会。

治疗

1. 中草药：

（1） 南瓜子仁，每日空腹吃一茶杯，直到虫体排出为止。

（2） 雷丸研为细面，每次4～6钱，一日三次，饭前服，连用三日。

（3） 南瓜子肉、槟榔各2～4两，先将南瓜子肉咬碎吞服，隔2小时后再服槟榔煎剂（槟榔加水煎1小时），过4～5小时后若无腹泻排出虫体，可服50%硫酸镁40毫升。

（4） 槟榔1～2两，石榴皮3钱，贯众4钱，水煎，每日一剂，空腹顿服，可连服三天。

（5） 生槟榔1两5钱，雷丸1两，鲜石榴皮（根）1两5钱，水煎，空腹顿服。每日一剂，连服三剂。若不泻，另用芒硝5钱，煎汤顿服。

2. 阿的平：0.8～1.0克，清晨空腹一次服下，二小时后服硫酸镁20克。服泻药后应大量饮水，以充分发挥硫酸镁的泻下作用。

3. 灭绦灵（氯硝柳胺）：驱牛、猪绦虫时，空腹服2～3克（分二次用，中间隔一小时）。

钩 虫 病

我省也有散在病例发生。钩虫体长约8～14毫米，寄生在人的小肠内，雌虫每日排卵数千至数万个，随粪便排出后，在泥土中遇适当的温度，经1

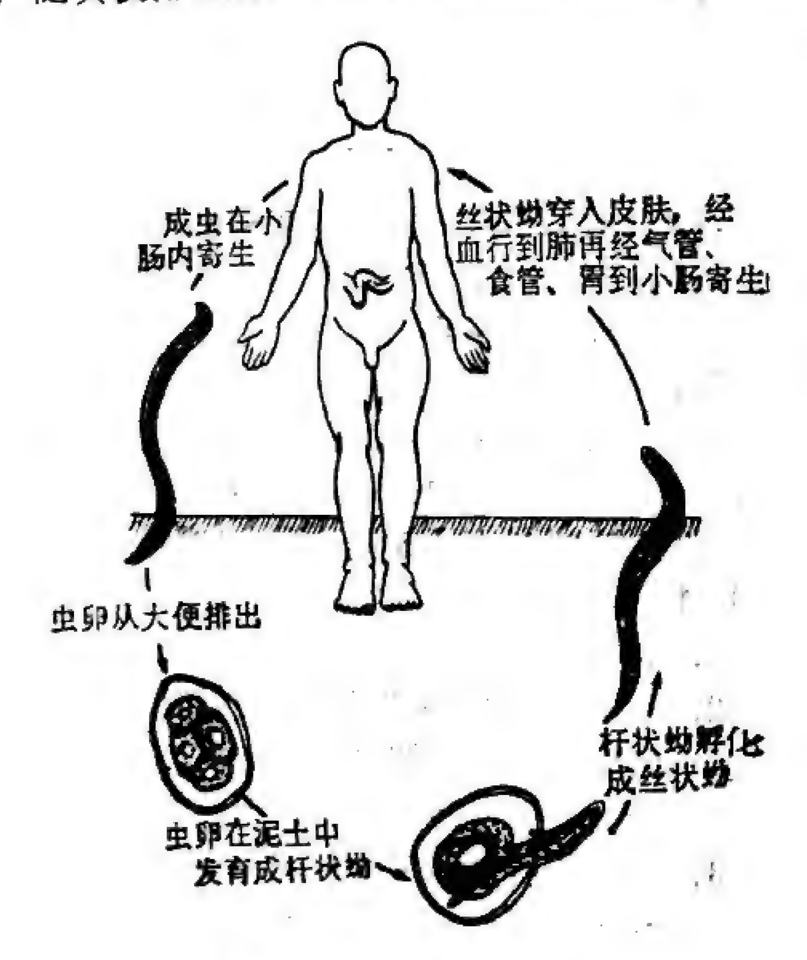


图9—31 钩虫生活史

～5天发育成有感染能力的丝状蚴（寿命约3～6周）。丝蚴与人体皮肤接触时，由于温度的刺激，丝蚴钻入皮肤，经微血管顺血流达肺毛细血管，穿入肺泡，沿支气管达咽部，经食管、胃到小肠，发育为成虫。自丝蚴钻入皮肤到产卵约需五周。成虫在人体内可生存数年，不断咬破肠壁，使人发生贫血（图9—31）。

诊断

1．有在流行地区赤脚工作后，发生脚趾、脚掌皮肤灼热、红肿及奇痒史。局部可有丘疹及疱疹。

2．有头晕、心悸、耳鸣、眼花、四肢无力、食欲不振等贫血症状。贫血严重可有劳动后心跳、气短等心功能不全症状，或上腹不适、脐周围疼痛、恶心、呕吐等症状。

3．查体以贫血体征为主，重症可有面色苍白、水肿、心率快，心脏多能听到收缩期杂音。

4．化验大便可查到钩虫卵。血中红细胞数及血红蛋白量均低。

预防

1．向群众宣传本病的危害性及预防方法。

2．加强粪便管理。粪便要进行腐熟发酵，杀灭虫卵后作肥料。

3．发现钩虫病人，应对其居住村屯进行普查，并对所有病人进行彻底驱虫治疗。

4. 在本病流行地区，应提倡穿鞋袜，避免赤脚与泥土接触。

治疗

1. 中草药：

（1） 榧子1两，槟榔1两，红藤1两，贯众5钱，浓煎，每次可随药吃大蒜2～3瓣，每日早晚饭前各服一次，二天服完，小儿用量减半。

（2） 榧子5钱，甘草1钱，苦楝皮5钱，使君子5钱，水煎服，每日一剂，早晚饭前分服一次。

2. 化学药物驱虫：

（1） 灭虫宁2.5～3.0克，睡前服，连服两晚；或0.9克，每天三次，连服二天。药物反应：头昏、腹痛、腹泻，个别严重的有心悸、胸闷。贫血严重者，应纠正贫血后再驱虫。心脏病患者禁用。

（2） 四氯乙烯3～4毫升（儿童每岁0.1～0.2毫升，总量不超过3毫升），每晚一次，连服二晚，忌油食。有蛔虫者先驱蛔虫，再驱钩虫。有严重心、肝、肾病及孕妇忌用。

（3） 溴萘酚：每日空腹服6克，连服二日，儿童酌减。

3. 对症治疗：

有贫血病人给硫酸亚铁0.3～0.6克，每天三次，忌茶，有腹泻及腹痛者可暂停服。贫血严重者可给予少量输血。

蛲 虫 病

蛲虫长约9～12毫米，很像白线头。寄生在人体结肠中。雌虫常在夜间由肛门爬出，在肛门周围皮肤上产卵，引起肛门奇痒。用手指搔痒时指甲沾染虫卵，由于小儿喜咬手指或饭前不洗手而将虫卵食入口内，因而小儿发生较多。虫卵也可经衣、被、灰土沾染食物，传染给其他人。

诊断

1. 肛门发痒，夜间更痒。入睡1～2小时左右，可在肛门发现蛲虫爬出。

2. 平时在大便中可发现白线头样的蛲虫。

3. 少数可有食欲不振、轻度腹痛、大便稀、对食物有反常嗜好等。有时可引起夜惊、失眠、精神不安、夜间遗尿等神经症状。

4. 用玻璃棒或棉花签在早晨擦肛门周围皮肤，化验可找到虫卵。

预防

蛲虫在人肠内生存的时间为28～30天，若不反复感染，不经治疗，也可自愈。因此积极防止感染，是防治本病的重要环节。主要方法为搞好个人卫生，指甲要常剪，内衣要常换，被褥要清洁，饭前便后要洗手。

治疗

1. 中草药：

（1） 雷丸研面，5～10岁，每日2～3钱，5岁以内1～2钱，连服三日为一疗程。停一周后，可再服一疗程。一般服药后2～7天内有蛲虫排出。

（2） 使君子肉，每日每岁1粒，最多不超过10粒，日分二次，饭前服。连服15日为一疗程。

（3） 每日睡前用棉球蘸煤油塞于肛门一寸深处，连用一周。

（4） 醋、水等量，每晚睡前注入肛门内约一寸，连用一周。

（5） 大蒜3两，捣碎，冷开水浸24小时，过滤取汁，每晚睡前用20～30毫升，作保留灌肠，七天为一疗程。

（6） 鲜核桃叶适量，捣烂如泥，团如枣大，晚睡前塞入肛门内，凌晨取出，2～3次即愈。

（7） 百部草5两，苦楝皮2.5两，乌梅3钱，加水二大碗，煎成一大碗。每日睡前用此液20～30毫升作保留灌肠，连用三次。

2. 枸橼酸哌哔嗪：小儿每日每公斤体重50～70毫克，成人每日1～1.5克，连服7～10天。以后每隔3～4日服药一日，四周为一疗程。

3. 2%白降汞软膏，于睡前涂于肛门周围，至痊愈为止。

十、儿科疾病

解放前，我国长期在帝国主义和国民党反动派的残酷统治下，连年灾荒，疫病流行，广大劳动人民的子女遭受饥饿和疾病的严重摧残，健康和生命得不到保障。

解放后，在伟大领袖毛主席无微不至关怀下，在毛主席的“**预防为主**”方针指引下，小儿保健事业有了极大的发展，有些严重危害小儿健康的传染病，如天花已经消灭。白喉、黑热病、血吸虫病等已基本上被控制。

由于积极推广新法接生，新生儿死亡率大大下降，许多地区消灭了新生儿破伤风。无产阶级文化大革命以来，用毛泽东思想武装起来的广大医务人员，成功地解决了小儿麻痹后遗症的治疗，使瘫痪的患儿重新站了起来，创造了医学史上的奇迹。这是毛主席无产阶级医疗卫生路线的伟大胜利！是无产阶级文化大革命的丰硕成果！

我们“赤脚医生”一定要更高地举起毛泽东思想

伟大红旗，坚决执行毛主席的“**好生保育儿童**”的指示，进一步做好婴幼儿疾病的防治工作。

小儿机体的特点

毛主席教导我们：“**不论做什么事，不懂得那件事的情形，它的性质，它和它以外的事情的关联，就不知道那件事的规律，就不知道如何去做，就不能做好那件事。**”我们要做好小儿疾病的防治工作，首先就要了解小儿机体的特点。小儿在发育过程中，机体发育和机能活动时常在改变，小儿成长的每一时期都有其不同的特点：小儿的颅骨、脊椎骨和其他骨骼还没有完全发育，缺乏硬性，不如成人骨骼坚强有力；婴儿的心尖在第四肋间隙，比成人心尖的部位为高；小儿的呼吸及脉搏比成人快的多；婴幼儿营养及液体的需要量比成人高；婴幼儿胃肠道消化力薄弱，易得消化不良。小儿的防御机制和成人有所不同，婴幼儿对大多数传染病有易感性，但有些疾病在出生几个月内反而不易感染。由于解剖生理的特点，一些病理状态也与成人不同，例如：由于食物、异物或咽后脓肿的压迫呼吸道易发生梗阻；高热易发生惊厥；婴幼儿易患支气管肺炎，成人则易患大叶性肺炎；维生素D缺乏时，婴幼儿表现为佝偻病，成人则表现为骨软化症等等。

只要掌握了小儿机体及疾病的特点，当小儿生病时，就能正确地进行诊断和治疗。做到“**好生保育儿童**”，使他们茁壮地成长为无产阶级革命事业的接班人。

1．小儿年龄的分期及其特征：

根据小儿年龄的解剖生理特征，分为六个时期：

（1） 胎儿期：自受孕到分娩，大约270天，为胎儿期。胎儿的生长很快，营养完全依赖母体供给。

（2） 新生儿期：出生后一个月以内为新生儿期。新生儿的生命特别脆弱，因此应特别注意护理（喂养、保温、脐带和皮肤清洁等）。

（3） 婴儿期：从一个月到一岁为婴儿期。此期的特征，是生长发育快，能形成最基本的条件反射。易感染急性传染病，如麻疹、白喉等，也易发生消化不良、肺炎及皮肤感染，如脓疱疮、疖子等。因此，应特别重视营养供给及合理的喂养，合理的生活制度，并注意皮肤的清洁和疾病的预防。

（4） 幼儿期：1～3岁为幼儿期。此期身体生长发育较婴儿期为慢。随着儿童的成长，活动范围较广，易感染急性传染病。应继续加强急性传染病的预防，并注意避免外伤。对于小儿的营养、护理和教养工作应给予重视。

（5） 学龄前期：4～6岁为学龄前期。此期小儿模仿性很大，应特别注意引导，加强政治思想教育。此期内，急性传染病的发病率虽比婴幼儿为低，但仍须加强传染病的预防。

（6） 学龄期：7～15岁为学龄期。发生急性传染病的机会已部分地减少，但肾炎和风湿病则较易发生。由于和外界接触日益增多，必须加强政治思想教育工作。

毛主席教导说：**“我们的教育方针，应该使受教育者在德育、智育、体育几方面都得到发展，成为有社会主义觉悟的有文化的劳动者。”**我们在教育孩子时，必须遵照毛主席的教导，培养他们在阶级斗争的大风大浪中立场坚定，爱憎分明，热爱伟大领袖毛主席，热爱社会主义祖国；教育他们养成爱劳动，爱集体，树立**“全心全意地为人民服务”**的思想，成为优秀的共产主义事业接班人。

2．体格发育：为了判断不同年龄小儿的生长发育是否正常，临床上常用一些标准来衡量，以便发现异常，找出原因。由于小儿的生长发育有着很大的个体差异，所以在应用这些标准衡量时，必须要**“对于具体情况作具体的分析”**，才能做出正确的诊断。

（1） 体重：小儿出生时的平均体重为3公斤，一岁以内婴儿体重的增长最快，生后5～6个月体重可达出生时的两倍约6公斤。一岁时体重为出生时的三倍约9公斤，1岁以上至10岁的体重，可按公式计算：(年龄×2）＋7＝体重（公斤)。例如5岁的小儿体重等于5×2＋7＝17公斤。

（2） 身长：小儿初生时身长约为50公分，一岁时为初生儿身长的一倍半（75公分)，2～10岁的小儿可按公式计算：(年龄×5)＋75＝身长(公分)，例如5岁的小儿身长：5×5＋75＝100公分。

（3） 牙齿：有乳齿和恒齿之分。乳齿共20个，6～10个月开始出第一颗乳齿，一般在2岁时出齐（20颗)。乳齿的数目可按公式计算：月龄－6＝齿数。6～7岁时，乳齿开始脱落，由恒齿代替。恒齿共32个，14岁前长满28颗。第三臼齿（俗称智齿）一般在17～30岁长出。

（4） 囟门：小儿初生时，有前后两个囟门。前囟称为大囟门，一般在一岁到一岁半闭合。后囟称小囟门，多数小儿3个月闭合。小儿前囟平坦，如凹陷往往是脱水的表现。膨隆常见于脑病、脑膜炎等。但是，在服用四环素类药物时也可在短期内（一过性）引起前囟隆起，不能看做病态。前囟过早闭合，可见于小头畸形，过期不闭，常见于佝偻病、脑积水等。

3．智力和动作行为的发育：营养、教养和生活环境等对智力和动作行为的发育均有密切关系。

因此，同一年龄的小儿，由于上述条件的不同，身发育进度的差别可能很大。

合理喂养

母乳喂养最为理想，因为母乳的成份最适合乳儿的营养需要和消化能力，同时可增加机体抵抗力。一岁之内应尽量以母乳喂养。婴儿逐渐长大，从4～6个月开始可添加辅助食物，根据当地情况逐渐给一些青菜水、面糊、米粥、软食、鸡蛋、肉末、鱼肉等。一岁左右可断奶，患病或夏季可暂不断奶，以免引起消化机能紊乱。断乳后要选择易消化、富于营养的食物，要定时定量，不要吃零食。

小儿诊断的特点

1．询问婴儿与儿童的病史和成人不同，因小儿多不能诉说自己的症状。因此，小儿的病情主要由家属介绍。而家属只能从旁观察，如发现小儿咳嗽、气急、呕吐及腹泻等。至于一些自觉症状，如胸闷、头晕、乏力等，家属往往不易发现。这就要求我们"赤脚医生"作细致认真地检查。

小儿对周围环境非常敏感，例如年龄较小的婴儿在气温突然改变或护理不周的情况下，均可引起疾病如感冒、肺炎。小儿的喂养对疾病很有影响，

尤其对消化道疾病关系最为密切。因此，在诊断时，对小儿的周围环境，喂养等情况应当注意。

小儿和外界接触很少，许多传染病尤其是慢性传染病如结核病等，多数是从家属和周围邻居中感染得来的。因此，在诊断小儿传染病时，对家属和邻居的健康状况的询问是非常必要的。

2．体格检查：

（1） 检查时必须避免用粗暴的动作去检查或冰冷的手去摸腹部。对初诊或不合作的病儿应事先劝说几句再检查。如果我们采取耐心的态度，体检一定能很顺利地完成，否则往往因检查不彻底而致诊断错误。

（2） 检查时的位置，视病儿的情况决定。如检查背部时，可让母亲或他人抱持病儿，检查腹部可让病儿平卧。小儿口腔及咽部的检查很重要，但多半引起病儿的反抗，所以要留在最后检查。

（3） 细致观察病儿的精神状态，病情的轻重，营养状况，坐立或走路的姿态，面部的表情，呼吸的型式及次数，鼻翼是否搧动，哭叫或语声的性质，手足动静的位置，皮肤及粘膜的色泽、水肿和皮疹，颈部是否强直或淋巴结肿大等。如能在短时间观察出来，对诊断与治疗都有很大帮助。

（4） 胸部和腹部检查：趁病儿未曾哭闹时先检查腹部，在3～4岁以下的健康儿童，肝脏可能

在右季肋缘下触到，所以肝脏大不一定是病征；在一岁以下的婴儿，脾脏在左季肋缘下有时亦可触到。

诊查胸部时，心肺与成人也不同，如婴儿越小，胸壁愈薄，所以叩诊也应愈轻。因胸壁薄，婴儿呼吸音比较响，很象成人的支气管呼吸音。婴儿不能自动发生触觉震颤和语音震颤，但可以利用病儿的啼哭而得到。小儿的呼吸次数，年龄愈小呼吸愈快：一岁以内40次/分；5～7岁30次/分；10岁以上20次/分。

婴儿心脏位置比成人稍横，所以心尖位置常在左侧第四肋间隙、乳线的外面。小儿心跳比较快，年龄愈小，心跳愈快：6个月以内140次/分；6～12个月120次/分；2岁110次/分；5岁95次/分；10岁80次/分。

小儿年龄愈小，血压愈低：

收缩压＝（年龄×2）＋80，其舒张压为收缩压的$^{2}/_{3}$。

（5）神经系统：2岁以内的小儿，划脚掌试验可能阳性，这不能算病理状态。因为这时候小儿的神经系统还未发育完全。

小儿治疗的特点

1. 小儿病情变化很快，所以治疗要及时。普

通的感冒很快可以高热、惊厥；婴儿腹泻，短期内就能脱水。所以我们治疗小儿疾病要分秒必争，切不可犹豫不决，或者敷衍了事，耽误病情。

2. 小儿药物剂量计算法一般有两种：

（1） 按体重计算：先算出体重公斤，然后计算一日用药总量，再根据情况分几次用药。一般年龄愈大，每公斤体重用药量愈小；年龄愈小，每公斤体重用药量愈大。体质弱的小儿用药量宜偏小些。

例：一个4岁的小儿要服土霉素。

① 先算出体重＝4×2＋7＝15公斤。

② 算出一日总量＝40毫克×15＝600毫克（土霉素用量为25～50毫克/公斤/日）。

③ 每日分四次服，每次量为600毫克÷4＝150毫克。

④ 处方：土霉素150毫克，每日四次。

（2） 按年龄计算：有少数药物是按年龄规定用量的。

例：3岁小儿患肠蛔虫症，服用爱儿康六一宝塔糖驱虫。

① 查明每粒含磷酸哌哔嗪0.2克。

② 用法：1粒/岁一次服用，隔一周再服一次。

③ 处方：爱儿康六一宝塔糖3粒，早晨空腹

服用，隔一周后可再服用同量。

新生儿疾病

新生儿处理

出生后体检：应特别注意有无体表畸形及产伤，皮肤色泽（青紫或苍白），哭声不畅或呻吟，以便及时进行处理。

保温：新生儿，特别是早产儿，体温调节机能较弱，应及时包裹或因地制宜采取保温措施，冬季尤应注意。

母乳喂养：一般6～12小时后开始喂养，难产儿于24小时以后开始喂养。初次可喂糖水或开水，若吸吮尚可且呕吐不重，数小时后可喂母乳，每3～4小时一次，两次喂乳中间可喂一次糖水或开水，以补充水份。

常见症状的处理

1．黄疸：一般为生理性黄疸（于生后2～3天出现），勿需处理，一周左右，自行消退。如持续不退且黄疸加重则为病态（胆道畸形或肝病等）。

2．头颅水肿及血肿：水肿者，多于一日内消退。血肿要2～3个月消退，局部可冷敷，并注意

防止局部摩擦及预防感染等。

3．眼：每天用棉花蘸温开水清洁眼部。睑结膜充血分泌物多者，可涂金霉素眼膏。

4．鼻塞：分泌物阻塞，可用棉签旋转捻出。若鼻粘膜肿胀而阻塞时，一般可用局部热敷，必要时应滴0.5%麻黄素溶液，每侧一滴。

5．口腔：粘膜有白斑而不易擦去者为鹅口疮，可用1%龙胆紫或制霉菌素乳剂涂口腔，每日二次；口服核黄素，每次1片，及维生素丙50毫克，每日一次，连服七天左右。

6．生理性乳房肿胀：出生4～5天起，有少数婴儿有乳房肿块，有活动，无压痛，不充血，可挤出乳汁（切勿挤压），不必处理，可逐渐消失。

7．脐部：脐部用消毒纱布包扎，每日检查有无感染，一般一周左右脱落。出生后数小时若有脐出血，应重扎。脱脐带后有出血者，则需压迫止血或涂95%酒精，脐部发炎的处理见新生儿疾病。

8．阴道：有少量出血或白色分泌物是生理现象，不需处理。

9．红臀（尿布疹）：由于尿刺激而引起，所以要勤换尿布，每次换时用温水洗，后涂凡士林或豆油。

10．大小便：24小时内若无胎粪排出，应注意有无直肠闭锁或其他肠道畸形。如无小便可在下腹

部热敷，若仍不排尿，可能有泌尿道畸形。

11．吐血来源有三种可能：

（1） 吸入产道内的血液。

（2） 吸入产妇乳头破裂的血液。

（3） 新生儿胃肠道出血。此时可肌注维生素K，每天1～2次，重者需紧急输血处理。

12．吐乳：为最常见。溢乳者应于喂奶后拍背。如为幽门痉挛，可于奶前15～20分钟口服0.1%阿托品（从一滴逐增到2～6滴）。

新生儿硬皮症

本病的特征是皮肤和皮下组织变硬，多见于冬季或室温过低及保温不好的新生儿。未成熟儿更易发病。

诊断

1．体温不高，哭声微弱，无吸吮能力，活动显著减少。

2．皮肤变硬：开始先见于面颊部，以后波及两肩、两大腿外侧及臀部；重者可波及胸部，影响呼吸。

3．多伴有其他感染性疾病。

预防

冬季出生的小儿，尤其是早产儿，应及时加强保温。

治疗

1．保暖：用棉被包好，周围放热水袋（瓶子），但要防止烫伤。

2．保证足够营养及水份：如不能吸吮，可用鼻饲或用滴管慢慢喂奶，病重者可静脉补液用10%葡萄糖液（加$^1/_4$生理盐水）一日用量为60毫升/公斤。

3．谷氨酸合剂：谷氨酸钠4克，维生素乙30毫克，维生素丙300毫克，10%葡萄糖液100毫升。每次口服5毫升，每日三次，5～7天一个疗程。

4．重症病例可加激素：氢化可的松5～10毫克加入10%葡萄糖液50毫升内，作静脉滴注，每日一次，约2～3次。

5．并发感染可给抗菌素，常用青霉素钠盐，肌注，每次10万单位，每日二次。

新生儿颅内出血

本病常因损伤，缺氧及凝血障碍引起，但多见于分娩时产伤所致。

诊断

1．嗜睡或烦躁不安，重者肌肉抽搐，惊厥，角弓反张，瘫痪，昏迷。

2．厌食、吐奶，重者为喷射性呕吐。

3．囟门隆起或饱满，严重者眼肌瘫痪，双侧

瞳孔大小不等，对光反射消失，眼球震颤。

4．呼吸不规则，阵发性或持续性青紫。

预防

注意孕期检查，尽量避免难产。早产儿及有难产史者，于出生后，应尽早注射维生素K。

治疗

绝对静卧，头部稍抬高并用冷敷，注意保暖，哺以母乳或糖开水。

1．中草药：三七粉2～5分，白开水冲服，每日三次。或用仙鹤草2钱，浓煎，频频服之。如昏迷、抽搐、惊厥时，可另冲服紫雪丹或朱砂1～2分。

2．烦躁不安者可给予氯丙嗪，肌注每次1～2毫克/公斤，必要时3～4小时重复一次。若心跳过快，不宜使用。惊厥时可加苯巴比妥钠5～8毫克/公斤，或用10％水合氯醛1～2毫升灌肠。

3．止血剂：维生素K_1肌注，每日1～2次，每次5～10毫克，或用K_3。口服5％氯化钙，每日二次，每次5毫升。

4．25％葡萄糖20毫升，静脉注射，每日1～2次。

5．有条件者可给氧气。

新生儿败血症

本病以金黄色葡萄球菌和大肠杆菌感染最常见。病源可由脐部、呼吸道、皮肤、消化道粘膜等途径侵入，也可在分娩过程中感染。

诊断

1．多在生后第三天至第二周发病。

2．体温高低不等，不爱吃奶，腹泻、呕吐、体重不增，精神不振，面色灰白，可有黄疸，肝脾往往肿大。

3．有时伴有脐炎及皮肤化脓感染。

预防

积极处理局部病灶。向家属宣传育儿知识，不要随意挑刺皮肤和粘膜。

治疗

1．中草药：双花2钱，生地、生甘草各1钱，水煎取汤加少量糖频频喂之。如面白肢冷，汗出，体温不高者加人参、附子各1钱；有黄疸者加茵陈1钱。

2．加强保暖。

3．耐心喂养，以保证足够的营养与水份。对不肯吸乳者，将奶挤出，由滴管滴入口腔或鼻饲法喂养，每日应给液体（包括乳汁及水分）200～250毫升。

4．处理局部化脓灶，必要时切开引流。有脐炎时注意局部清洁，保持干燥，可涂酒精、红汞或1～2％龙胆紫。

5．抗菌素：争取早用抗菌素。先用青霉素（每日20～40万单位）或青霉素、链霉素（每日30毫克/公斤）联合应用。重症病例可选用四环素、红霉素与氯霉素。并发脑膜炎或腹膜炎者用量要大，用药时间稍长。并发脑膜炎者用氯霉素疗效较好。

6．激素：重症病例，可用氢化可的松5～10毫克加入10％葡萄糖液50毫升中静脉滴注。每日一次，连续3～5日。

新生儿破伤风

本病是分娩时消毒不严，由脐带断端感染破伤风杆菌而引起的。因潜伏期大约七天，故俗称“七日风”。

诊断

一般在感染后5～10天发病。阵发性抽搐，时发时止，先见吸乳困难，继则牙关紧闭，颈项强直，以后面肌痉挛呈苦笑状，全身抽搐呈角弓反张，重者因膈肌或声门痉挛而立即致死。任何外界刺激均会引起痉挛发作。

预防

提倡新法接生，严格无菌操作。

治疗

1．注意营养并保证液体饮入量的充足。尽力

减少一切对病儿不必要的刺激，放在阴暗房间里，不要动他。如吸吮困难时可用鼻胃管喂养或静脉补液。

2．中草药：

（1）僵蚕一条（炒黄）研成细末，蜂蜜蘸药喂服，在一天之内服完，服药后若口吐白沫多是好的反应。

（2）蝉蜕三个（去头足），薄荷3分，灯芯3寸，水煎服。

3．氯丙嗪每次1～2毫克/公斤肌注。必要时6小时后可重复使用。苯巴比妥钠15～30毫克，每日3～4次，鼻饲或肌注。10％水合氯醛1～2毫升灌肠。

4．破伤风抗毒素：先肌注2～5万单位，24小时后再注射2～5万单位，总量为2～10万单位。第一天也可在脐周注射3000～5000单位。

5．青霉素乳剂20万单位肌注，每日一次，能抑制破伤风杆菌。

6．脐带断端：每日用3％过氧化氢溶液洗涤后，涂以2.5％碘酊，包好。每日换药，到愈合为止。

新生儿脐炎

本病是新生儿脐根部细菌感染所致。

诊断

1. 脐根部渗出少量液体，经久不愈，脐周硬结，红肿或形成脓肿。

2. 最危险的并发症为经过脐静脉的上行性感染造成败血症，出现腹胀，腹壁静脉怒张及伴有黄疸，发热等症状。

预防

断脐时要严格执行无菌操作，包扎纱布及粉剂均应消毒。新生儿脐部应经常保持清洁。

治疗

1. 中草药：

脐根部渗液较多者宜消炎收敛，可用黄柏3钱，研成末外敷；马齿苋烧炭研成末，外敷。伴有脐部溃烂者宜消炎生肌收敛。可用儿茶1分，黄连或黄柏1分，朱砂1分，共研成末，油调外敷；或用黄柏、煅石膏等份，研成末，撒涂患处。

2. 早期发现，及时处理，用青霉素10万单位肌注，每六小时一次。或用链霉素20毫克/公斤，分二次，肌注。

3. 局部用3%过氧化氢溶液或酒精擦净，肉芽用硝酸银棒烧灼，再用生理盐水棉球洗净，涂以1%龙胆紫，包好。

小儿系统疾病

婴儿口腔炎

小儿易患口腔炎，尤其是新生儿及营养不良或重症疾病后期的患儿，因为抵抗力差，当口腔不洁，或口腔粘膜有轻微损伤时易感染而发炎。

预防

1. 增强抵抗力，积极治疗全身性疾病。

2. 注意口腔清洁，防止小儿口腔外伤。

治疗

1. 中草药：

（1） 硼砂1钱，研成面，用蜂蜜调匀，涂口腔。

（2） 黄柏1钱，研成面，用油调涂口腔。

（3） 霜后茄子（阴干）研成细面，吹敷患处。或用柳树条子焙灰，研细末涂患处。

（4） 人中白、儿茶各等分，研成末涂患处。

（5） 青黛1钱，炙黄柏5钱，共研成末，撒局部。

2. 局部涂布：1%龙胆紫，每日二次，涂于口腔。粘膜有溃疡者，可先用3%过氧化氢溶液清拭局部，然后涂3～5%硼砂甘油。

3. 感染症状严重者，可同时加用抗菌素。

4. 给予足够营养和大量维生素丙、核黄素等药物。

佝偻病（软骨病）

本病是由维生素丁缺乏所致，多见于2岁以下的小儿。

诊断

1. 早期出现神经系统症状，性情烦躁，睡眠不熟，夜惊、多汗，食欲减少，毛发脱落，枕秃（枕后部脱发），肌肉松弛，发育迟缓等。

2. 骨骼特征：

（1） 头部：颅骨软化（枕骨部用手按压时可凹陷，放手后恢复原状，有乒乓球样感觉，多见于生后3～9个月），方颅，前囱闭合延迟（2岁以上还未闭合）；乳牙迟出（10个月以上还未出牙）。

（2） 胸部：肋骨串珠（肋骨和肋软骨交界处膨大）；肋膈沟（胸廓沿膈肌附着处，内陷成沟）；鸡胸。

（3） 四肢："手镯"（手腕部圆形隆起）；下肢畸形（"O"型腿或"x"型腿）。

预防

1. 孕妇及乳母，饮食应含有丰富的维生素丁、钙及磷。

2. 六个月以内的小儿尽量以母乳喂养。

3. 婴儿出生后不久，应给浓缩鱼肝油，开始每日400单位，以后渐渐增加并按时添加辅食，如鸡蛋黄及新鲜蔬菜。

4. 小儿多在室外活动，多晒阳光和呼吸新鲜空气。

5. 预防传染病及营养紊乱。

治疗

1. 中草药：

（1） 鸡蛋外壳炒黄，研为细末，一日二次，每次1～2分。

（2） 胎盘粉、鸡蛋外壳粉等量，一日二次，每次1～2分。

（3） 苍术，牡蛎各等量，共研成细末，每日三次，每次2分。

（4） 佝偻病患儿，易受外感，故用黄芪、防风、白术以固表止汗，预防外感。

2. 应给予高维生素、高矿物质，高蛋白质饮食并服乳酸钙或葡萄糖酸钙。

3. 维生素丁：轻型每日口服3000～5000国际单位。重型每日口服10,000～50,000国际单位，伴有呕吐，腹泻时可暂时改用肌注。

维生素丁突击疗法：中型每日给维生素丁$_3$ 10～30万国际单位，重型给维生素丁$_3$ 40～60万国际单位，肌注，必要时可在2～4周后重复注射一次。

注意：在突击疗法前应给大量钙剂（最好用氯化钙），突击疗法结束后应继续使用钙剂。

婴儿手足搐搦症

本病多见于婴儿期。主要由于缺乏维生素丁，使血清钙降低所致。

诊断

1．多发生在一岁以内，尤以6个月以内为多见，常发于冬春二季。

2．主要表现为全身性惊厥，严重者可一日连续发作数次。发作期间患儿精神如常。如不伴有感染，一般不发热，少数病儿发生喉痉挛呈吸气性哮吼，重者窒息。

3．常合并轻度佝偻病。

4．母亲妊娠期间常有缺钙症状，如腰酸，小腿抽筋（腓肠肌痉挛）。

预防

同佝偻病。

治疗

1．惊厥治疗：

（1） 耳针（见166页）；新针（见157页）。

（2） 中草药：

① 蝉蜕5分～1钱，水煎服。

② 煅海螺1两，全蝎3钱，白芷1.5钱，天麻2钱，共研为末，每次2～5分，日服三次。

③ 全蝎5分，朱砂2分，共研细末，分二次，薄荷2钱，煎汤冲服。

（3） 惊厥严重或有喉痉挛时用10%葡萄糖酸钙5～10毫升缓慢静注，不能静注者，可肌肉注射。

（4） 5%氯化钙溶液10～20毫升口服，每日三次。

（5） 惊厥停止后，继续服用氯化钙5～7日，以后改用葡萄糖酸钙或乳酸钙口服，至少持续2～3周或更长。

（6） 上述药物效果不好时，可选用下列两种药物：苯巴比妥钠每次8～10毫克/公斤；水合氯醛每次50毫克/公斤，口服或灌肠。

2．维生素丁：经钙剂治疗，惊厥发作停止后即可加用维生素丁，开始每日5,000～10,000国际单位，1～2周后减量，逐渐停用。平时多晒日光。

婴幼儿肺炎

本病是婴幼儿时期最常见的一种疾病，肺部炎变呈弥散性小叶分布，由细菌（包括肺炎球菌、金黄色葡萄球菌）或病毒引起。

诊断

1．发热、咳嗽、喘憋，重者口唇青紫，双肺

(尤其脊柱旁）可听到较多中、小水泡音。

2. 新生儿肺炎可不发热，而全身症状较明显，如面色发青，不吃奶，吐白沫。肺部体征不明显。仔细检查有湿性罗音。

3. 肺炎合并心力衰竭的诊断：

（1） 心率明显增加至160～180次/分，不能用发热，呼吸困难解释者。

（2）心音低钝，奔马律，脉细弱，面色突然变苍白或发灰者。

（3） 颈静脉怒张，颜面及四肢浮肿（营养不良，肝、肾等疾病所致浮肿除外）。

（4） 肝脏在短时间内较以前增大超过1.5公分以上。

（5） 呼吸困难及发绀，突然加重，或突然烦躁不安（注意这种烦躁不能用缺氧来解释）。

具备上述特点之一者，即诊断为心力衰竭。

4. 肺炎可合并肺脓肿，化脓性胸膜炎，中毒性脑病，败血症等疾病。故要求在诊断时，应仔细询问病史和认真地检查，以避免误诊或漏诊。

预防

1. 小儿要注意锻炼，开展室外活动，多晒阳光和呼吸新鲜空气，提高儿童的抵抗力。

2. 预防感冒。

3. 及时治疗佝偻病、营养不良及各种消耗性疾病。

治疗

1. 新针（见140页）；耳针（见166页）。

2. 中草药：

单验方：

（1） 鲜车前草2两，水煎，加糖1两调服。

（2） 双花1两，蒲公英3钱，当归5钱，元参2钱，水煎服。

（3） 牛蒡子2钱，桔梗1钱，生甘草1钱，连翘3钱，水煎服。

辨证施治：证见发热，咳嗽气急，鼻翼煽动，烦躁不安者，清热消炎，止咳定喘。双花5钱，麻黄1.5钱，杏仁3钱，石膏1两，甘草1钱，为主，水煎服。

热甚加黄芩3钱，连翘3钱；痰多加莱菔子、苏子各3钱，桔梗3钱；口唇青紫加万年青根1两，磁石2两(先煎)；热盛伤津，口渴喜冷饮，加生地2钱，沙参1.5钱，天冬1钱，去麻黄；高热惊厥者用牛黄清心丸一粒，分二次服；或至宝丹2～3分服用；或用生吴茱萸7分，白芥子3分，共研成末，用醋调敷足心。

3. 抗菌素：可先用青霉素，链霉素，四环素。严重时可选以上两种同用。

青霉素：20万单位肌注，每日四次。

链霉素：每日 15～30 毫克/公斤，分 1～2 次肌注。

四环素：每日 25～50 毫克/公斤，分 2～4 次口服，每日静点15～30毫克/公斤。

4．对症治疗：

（1） 咳嗽：一般给祛痰剂如小儿止咳糖浆、复方甘草合剂等。

（2） 烦躁时可加用苯巴比妥、氯丙嗪等。

（3） 对呼吸衰竭者可皮下或静脉注射洛贝林，2岁以下每次 1～2 毫克，2～5 岁每次 3～6 毫克。

（4） 并发心力衰竭的治疗：心率160次/分以上，伴有呼吸困难、青紫、心音低钝、肝大或浮肿者，口服或肌注洋地黄类制剂；重症者静注毒毛旋花子甙K或西地兰。

洋地黄叶口服时总量按30～40毫克/公斤计算，24小时内达洋地黄化总量，维持量为饱和量的1/10。

毒毛旋花子甙K：最初 24 小时内的用量可按 0.007～0.01毫克/公斤计算，溶于10～25%葡萄糖液10～20毫升内，缓慢静注。必要时每日再给维持量。

（5） 进食过少，宜考虑静脉输液，但总量不宜过多，输液量一般每次20～30毫升/公斤，液体成分一般用10%葡萄糖及生理盐水，其比例为 3:1 或 4:1，速度宜缓慢，每小时约为 3～5 毫升/公斤。

（6） 缓解呼吸困难：喘憋乏氧时可采取新鲜空气疗法，适当打开门窗让新鲜凉爽空气进入室内（注意保暖及避免直接风吹），如患儿安静、呼吸均匀加深、面色红润，可坚持一小时或更长时间。有条件可给氧气吸入。哮喘者可用氨茶碱每次 3～5 毫克/公斤口服，每日三次。

（7） 退热：可服退热剂或安乃近注射液滴鼻，每次 2～3 滴。也可用温湿敷、温水浴降温。

（8） 高热，中毒症状严重，气急、紫绀明显或早期胸腔有大量渗液者，可用氢化可的松每日 5 毫克/公斤，加入 10% 葡萄糖中静脉滴注。

5．辅助疗法：

（1） 注意供给足量的维生素，尤其是维生素乙、丙。

（2） 病情严重时，可抽成人血液 10～20 毫升，肌肉注射，每周二次。

（3） 在肺炎后期，罗音不减少者，可用白芥子 5 钱，研成末，加面粉少许，用温开水调成糊状，敷于背部肺俞穴部位，到皮肤发红有灼热感为止。

婴幼儿消化不良
（婴儿腹泻）

本病系发生于二岁以下的婴幼儿。一年四季均

可发病，以夏秋季为多。主要由消化道感染（致病性大肠杆菌、病毒等引起）或饮食不当所致。由饮食所致的症状较轻，由感染引起的症状较重。

诊断

1．主要症状为腹泻，一般每天几次至十几次，重者甚至二十次以上。大便呈稀水状，含有不消化食物或奶瓣；呈蛋花汤样便，可有少许粘液，无脓血。大便时可能啼哭，似有腹痛。常伴有恶心、呕吐、发热等症状。

2．依病情轻重不等，可有下列症状：

（1）脱水：轻度脱水时，眼窝稍凹陷，尿量略减；中度脱水时，尿量减少，口腔粘膜干燥，眼窝明显凹陷，皮肤弹性较差；重度脱水时，尿量极少，眼窝极度凹陷，皮肤弹性极差并伴有循环不良（面色苍白、肢体冰冷、脉微弱、血压下降）。估计脱水程度以眼窝凹陷为最重要。

（2）酸中毒：呼吸深而快，烦躁不安，口唇呈樱桃红色。

（3）低血钾症：多见于脱水初步纠正，尿量增多之后表现为全身无力、腹胀、心音低钝、膝反射消失。

（4）低血钙症：常见于佝偻病与营养不良的腹泻病儿，在酸中毒纠正后易发生。表现为烦躁不安，手足搐搦，严重时可见惊厥。

由于腹泻使患儿营养不良，抵抗力低下，易并发鹅口疮、肺炎、泌尿道感染、中耳炎、败血症等疾病。

预防

1．合理喂养。

2．注意饮食卫生。

3．积极防治各种感染。

治疗

控制饮食：轻症病例只需减少饮食。宜先吃米汤或焦米汤，每四小时一次，每次50～100毫升，1～2日后用米汤及奶各半，逐渐增加，一周左右恢复到正常。

重症病例，开始治疗时须禁食8～12小时。禁食期间，只能吃些糖盐水、糖茶水，以后吃米汤、焦米汤，逐渐恢复正常（增加饮食方法与轻症相同），大约二周左右时间增加到病前饮食。在有条件的地方，开始1～2天，可就地取材，用胡萝卜汤喂养。方法是用胡萝卜500克（一市斤），洗净后加水1000毫升及半平匙食盐，煮2小时变软，捣烂碾细，再加热水到1000毫升即成。每日用100～150毫升/公斤。大便成型很快，轻、重病儿皆可使用。制法简便，应该推广。

1．新针（见157页）；点穴按摩（见228页）。

2．中草药：

单验方（治疗腹泻）：

（1） 柞树皮5钱或鬼针草1两，水煎服。

（2） 茵陈蒿（全草）1两，水煎服。

（3） 焦山楂1两，研成细面，白糖水冲服，每次5分～1钱，日服三次。

（4） 炒白术1两，车前子(包)5钱，浓煎，日服二次。

（5） 车前子（炒）、茯苓各等分，共研成末，每次2～5分，日服三次。

（6） 桦树皮（煅炭）研成细末，每次1钱，糖为引，日服二次。

辨证施治：

急性腹泻：因感染，便见蛋花样，混有粘液，有热臭味并常伴有发热者，宜清热利湿。

（1） 黄芩、白芍各等分，共研成细末，每次0.5～1钱，日服三次。

（2） 葛根、黄连（或黄柏）、扁豆各1钱，木香5分，茯苓、甘草各1钱，水煎服。

因伤食，便量多、呈不消化状、有酸臭味或腹胀嗳气者，宜健脾消食。

（1） 焦三仙3钱，鸡内金2钱，水煎服。

（2） 神曲、麦芽、山楂、鸡内金各2钱，陈皮、枳壳各1钱，水煎服，或用成药保和丸。

因饮食生冷或腹部受凉，便稀色淡，有腥臭味，肢冷面白者，宜温中健脾。

（1） 白术6钱，干姜2钱，共研成细末，每次1钱，日服三次。

（2） 肉桂5分，干姜1钱，焦山楂2钱，焦术2钱，茯苓3钱，甘草1钱，水煎服。

慢性腹泻：久泻，便呈不消化状，面色消瘦，精神不振者。宜健脾益胃，调中理气。

党参2钱，白术、茯苓各3钱，厚朴、陈皮各1.5钱，木香5分，黄连5分，砂仁3钱，泽泻2钱，甘草1钱，水煎服。

3．抗菌药物：感染性腹泻可选用磺胺脒每日200毫克/公斤；或合霉素每日50～100毫克/公斤；或痢特灵每日5～10毫克/公斤；或新霉素每日25～100毫克/公斤。分3～4次口服，5～7天为一疗程。

4．止泻剂：适用于轻型或重型病例的中毒症状已消失，但腹泻不止者，可选用矽炭银0.3～0.6克/次，一日三次，或次碳酸铋0.2～0.5克/次，每日三次。

5．液体疗法：

（1） 轻症病儿可口服补液，补液量为每日150毫升/公斤。

配方，白糖20克、食盐0.5克、碳酸氢钠0.5克，冲温开水200毫升。排尿后，每200毫升液体

内加氯化钾0.5克，以纠正缺钾症状。

（2） 脱水严重的患儿必须静脉滴注补液，静脉补液量，根据病情灵活掌握。

脱水程度与每日液体补充量

（包括口服量）

脱水程度	总液量（毫升）/公斤	含钠液：无钠液
轻　　度	120～150	1：1
中　　度	150～200	1.5：1
重　　度	200～250	2：1

算出总量后，按补液基本原则（先盐后糖，先快后慢，见尿补钾），一般说先补葡萄糖盐水，后补葡萄糖液。滴注的速度要先快后慢，总量的一半要在开始8小时内滴完，剩下的一半在后16小时内滴完。对重度脱水的患儿，为迅速纠正循环衰竭，酸中毒，可先静注含钠液体（如：生理盐水，1/6克分子乳酸钠等），注射量按每公斤体重20～30毫升计算，总量不超过300毫升，注射速度不宜太快，约半小时注射完毕。接着静脉滴注液体。

当液体补到脱水渐渐纠正，有尿之后，即应在滴注的液体中加入10%氯化钾2～3毫升/公斤，以防止低血钾症。必须注意氯化钾的总量一定要在8

小时以上滴完，而且500毫升溶液中加入10%氯化钾不可超过15毫升，否则血钾浓度过高有引起心脏突然停止跳动的危险。

酸中毒症状明显时，一般可用5%碳酸氢钠5毫升/公斤，计算出总量的一半静注，尚余一半则加入葡萄糖溶液中或葡萄糖盐水内静脉滴注；或用11.2%乳酸钠3毫升/公斤加5～10%葡萄糖液五倍，稀释后静脉滴注。当这些碱性液体滴完后，应立即用10%葡萄糖酸钙5～10毫升，稀释在20毫升葡萄糖液中缓缓静注，以防低血钙症。

液体疗法要注意：

① 输液过程中必须随时观察病情的变化，呕吐、腹泻是否制止；脱水是否纠正；心脏情况；尿量；眼睑有无浮肿等。随时根据病情的变化调整所需的液体量。

② 新生儿、营养不良及肺炎患儿所需液体总量及电解质（钠、钾）等，都应稍低。

③ 补钾的速度应慢，并随时检查心脏和尿量。

④ 24小时以后的补液，应根据患儿的饮食、呕吐及脱水纠正情况，进行计划补液。

十一、皮 肤 病

无产阶级文化大革命前，叛徒、内奸、工贼刘少奇及其在卫生部门的代理人，疯狂反对毛主席对卫生工作的一系列指示，极力推行反革命修正主义卫生路线，胡说什么："治病不治癣，治癣就丢脸。"把大量的人力、物力放在研究高、难、深的疾病上，对常见病、多发病则熟视无睹，以致许多常见的皮肤病原因不明，疗效不好，给劳动人民造成了极大痛苦。

伟大领袖毛主席关于**"把医疗卫生工作的重点放到农村去"**的光辉指示，照亮了卫生工作的前程，为开展常见病、多发病的群防群治工作开辟了广阔的道路，一个个"难治之症""顽癣恶疮"被攻克和征服，一项项简单易行，用之有效的疗法被发掘和创造出来。让我们沿着毛主席指引的光辉道路为解除劳动人民的疾苦而奋斗！

皮 疹

皮肤病损害常是机体对内外刺激的一种反应。有的仅表现在皮肤上，有的兼有全身反应。故皮疹的形态特征是诊断皮肤病的主要依据，有时则是唯一的依据。我们必须熟悉和识别皮疹的特点。皮疹可分原发疹与继发疹二种：

原发疹：是皮肤病理变化直接产生的皮肤病变。

1．斑疹：为不突出和不凹于皮面的只有皮色改变的限局性疹子。如充血和炎性改变则潮红，压之退色；出血点压之不退色，初呈红色，后变紫色；色素增加则肤色变黑，如色素痣；色素减少则肤色变淡，如汗斑；色素消失则肤色变白，如白癜风。

2．丘疹：为针头大至黄豆大的突出皮面的限局性皮疹。常由炎性的斑疹发展而来，也可发展成水疱、脓疱。

3．水疱：为突出皮面的含有清、浊、血性液体的疱。带状疱疹的水疱初期紧张，后期扁平；天花、水痘的疱有脐窝；烫伤多为大疱。

4．脓疱：为内含脓汁的疱，由感染形成，如脓痂疹和毛囊炎的脓疱。

5．结节：为发生在皮内或皮下的病变，黄豆大至核桃大，有的仅可触及，有的突出皮面，如疣、结节性红斑等。

6．风团：为真皮的一过性浮肿。呈扁平突出皮面，常突然发生，迅速消退，反复发作，如荨麻疹，自觉剧痒。

继发疹：由原发疹演变而来的发疹。

1．继发性色素改变：皮肤经治疗后，于原处留下暂时的色素减少或增加。

2．鳞屑：为退行或角化不全的表皮，颜色有褐色或白色，细小者如头皮的糠皮样鳞屑，大者可呈片状，如牛皮癣的鳞屑或剥脱性皮炎的脱屑。

3．结痂：为渗出液混合脓血、鳞屑、污垢等干燥后形成。常复盖于病损之上，脓痂疹的痂呈蜜黄色，血痂呈黑色。

4．糜烂：为皮肤的表皮剥脱，呈潮红，湿润，渗出。损害在表皮基底层以上，一般可以有毛细血管出血，愈后不留瘢痕。

5．溃疡：皮肤因病变，供血不良或外伤所致的缺损。其形状大小，边缘状况及深浅依病情变化而定，一般损害均超过基底层，愈后留瘢痕。

6．皲裂：皮肤因发炎、肥厚、干燥等弹性消失或减弱所致，深度及长短不等，一般与皮纹一致，有出血和疼痛。

7．瘢痕：皮肤在损伤基底层后由结缔组织修复，失去皮肤的原来形态。可分萎缩性及增殖性两种。黄癣所致的秃头为萎缩性；瘢痕疙瘩为增殖性。

8．皮肤萎缩：皮肤因病变后变薄，变松弛，有的毛发、汗腺、皮脂腺减少或消失，但表皮与健康皮肤仍保持完整。

9．苔藓样变：皮肤于病变过程中渐肥厚、粗糙、干燥、皮肤纹理显著，以及色素沉着等出现皮革样改变。如神经性皮炎、慢性湿疹经久不愈则出现。

认识皮肤病必须注意辨别损害的特点和各种发疹之间的相互联系，如发疹是单一种类型还是多形发疹，皮疹的大小、形状、颜色、硬度以及分布、排列和皮疹的发生、发展、演变规律等都须注意。皮肤病的诊断也不能只从皮疹的形态来考虑，要牢记毛主席的教导：**“看问题要从各方面去看，不能只从单方面看。”“必须提倡思索，学会分析事物的方法，养成分析的习惯。”**结合病人全身状态及所有临床表现，综合分析才能得出正确的诊断。

局部治疗原则

皮肤病的治疗除诊断的正确、及时外，更主要

的在于用药适宜、方法正确。皮肤病的外用药疗法主要是保护皮肤病损，避免再受有害刺激，控制病损的扩延，配合全身治疗，提高机体自愈能力。皮肤病因种类很多，治法不同，但局部治疗可依病损情况有以下原则可循。

1．卫生人员应对病人极端的负责任，极端的热忱，注意病人求医心切或因久治不愈缺乏信心，所以要突出无产阶级政治，抓好活思想，使病人正确对待疾病和治疗，帮助病人树立信心，战胜疾病。

2．皮肤病常为全身性疾病的表现之一，在局部治疗的同时须配合全身治疗。对所用之外用药卫生人员应熟悉其性能、成分、缺点及副作用。要对病人详细说明用药方法和用药后出现的不良反应及应采取的有效措施。

3．治疗前应清洁患处，除去污垢、痂皮鳞屑及原有的药物，以发挥药效。

4．使用的药物宜简单，避免繁杂，注意用药部位、面积大小，防止刺激和吸收中毒。药应由低浓度开始使用，对继续有效的治疗，不随便更换。

5．急性皮炎因炎症反应强烈和敏感性增高，在治疗时应避免刺激，给予温和保护剂，禁忌软膏及糊剂；对于有糜烂、渗液多者最适宜湿敷，如面积过大或不具备湿敷条件可应用乳剂；对只有红肿、水疱、丘疹的可用粉剂或洗剂。

6．对亚急性皮炎，局部已干燥、脱屑，可应用乳剂、糊剂，可加适量的止痒剂。

7．慢性皮肤病可应用软膏和糊剂，一般均需应用刺激性药物，随皮肤耐量由淡而浓、由温和而强烈。

8．对化脓性皮肤病或合并感染应首先控制感染。可用温和消毒药，如2～4％硼酸水或软膏，禁忌强烈刺激性药物（如10％柳酸酒精或软膏），局部也忌用磺胺类或抗菌素药物，可考虑全身用药。

浅表真菌性皮肤病

本病为致病性真菌（霉菌）侵犯表皮、毛发或指(趾)甲所致，通称癣病。具传染性，自觉瘙痒。

头癣和黄癣

诊断

（一） 头癣：

1．病变为界限清楚、散在、大小不等、多为圆形的白色鳞屑性皮疹。

2．患处毛发失去光泽，脆，易折断，若根部折断，头皮留有黑点。有的毛根部有白套，称发鞘。

3．自觉瘙痒。

4．多见于儿童，至青春期可自愈，愈后不留瘢痕。

（二） 黄癣：

1．典型表现为贯穿毛发的中心凹陷的淡黄色的碟形痂，称黄癣菌痂，以酒精擦后更黄，痂皮下炎症浸润明显，潮红。

2．患处毛发枯黄，易折断和脱落，因毛囊被破坏，头皮愈后留萎缩性瘢痕，俗称“秃发”。

3．具有特殊的鼠尿臭。

4．自觉瘙痒，合并感染可有疼痛。多见于儿童，不经治疗可迁延至成年。

预防

本病主要是和患者接触、戴用污染的帽子或经污染的枕头、理发工具所传染。所以应加强宣传工作，使群众明了本病的危害及传染方式，注意保持头皮卫生，经常洗头。衣帽，枕巾及公用理发用具，应定期消毒，早期发现病人注意隔离。开展群防群治工作。

治疗

1． 中草药：

（1） 黄柏1两，红枣10枚（去核炒黄），共研细面，麻油调敷患处。

（2） 50％苦楝子油膏（动、植物油均可），先将苦楝子焙黄研末，然后用油调成。先用5％明矾

水将患处疮痂洗净，涂上油膏，用力揉擦，使药透入。每日换药一次，一般七天即愈。但要继续涂擦十余次。以防再发。

（3） 五倍子1两煎汁，以米醋4两调成，涂患处，每日四次。

（4） 醋糟3两加青黛（或绿色染料）3钱调匀，先将头发剃光，洗净，涂药后包扎，三日换药一次。连涂3～4次。

（5） 10％雄黄柳酸软膏或30～50％大蒜软膏等可试用。

2．小片损害可人工拔除病发，涂用治癣药水（市售常用治癣药主要成份为柳酸、安息香酸等）或软膏（如5～10％柳酸软膏或2.5％碘酊等）。

3．灰黄霉素0.25克，每日服四次。5岁以下每日服0.5克，12岁以下每日服0.75克。

4．治疗中应同时对帽子、枕头等进行消毒，治愈后应彻底消毒一次，以防再发。

体癣、股癣和花斑癣

诊断

（一） 体癣（又称大钱癣）：

1．多呈圆形的鳞屑性发疹，边缘有丘疹或小疱，潮红并隆起呈堤状，中心部呈消退状，常有色素沉着和鳞屑，呈离心扩大，可见大环套小环或重

状的皮疹。

2．自觉瘙痒，天气越热，瘙痒越剧，发展越快，天凉则好转或潜伏。

3．由于搔抓可感染或湿疹化。

（二） 股癣：主要发生在阴股部、会阴及臀部，因该处多汗、潮湿、温度高，故发病率较体癣为高，表现大致同体癣。

（三） 花斑癣（又称汗斑）：

1．多发于胸背及颈部，重者可延及四肢。

2．呈点状或大片状，皮肤呈灰白色，为稍有光亮之白色斑，搔抓后有糠皮样脱屑。温度高，出汗多则发展，斑呈褐色，在寒冷季节里呈潜伏状。

3．自觉轻微瘙痒。

预防

要注意皮肤卫生，经常擦澡，勤洗换衣服，对污染的衣服要煮沸消毒。

治疗

主要应用各种脱皮杀菌剂治疗，常用的治癣药有复方土槿皮酊，复方安息香酸软膏，黑癣油等。5～10%柳酸酒精或软膏也可。软膏应每日换药一次，酒精和液体剂可充分用药一次后，待脱皮再用下次，效果较好。如面积过大，可分区、分期用药。对皮肤薄细者如小儿、妇女和阴部用药应浓度低。花斑癣除上述药品外，尚可用40%硫代硫酸钠，

每日两次外用。

手、足癣和甲癣

诊断

（一） 手癣（俗称鹅掌风）和足癣（又称脚气）：病变主要在指（趾）之间和掌（蹠）面，有的仅有边缘清楚的脱屑，有的有丘疹、水疱，基底潮红、浸润，有的有过度角化（经久不愈者方出现），足癣多发于穿胶鞋、多汗者，因磨擦或感染可出现糜烂，浸渍苍白、化脓、流水等，有时病变可延及手、足、背部，也可有环状半环状边缘呈堤状隆起的皮疹，自觉瘙痒，有感染可疼痛。

（二） 甲癣：常和久治不愈的手、足癣合并发生，早期指甲出现白斑或白色条状改变，进而扩大，指甲肥厚、变形、变脆，失去光泽，有时甲板粉化而脱落或与甲床分离，甲癣又多为体癣、股癣的传染病灶。

预防

脚癣发病率很高，常为体癣等的传染源，是预防癣病的重点，手癣、甲癣主要为搔抓癣病所感染。手足癣的预防，除一般措施外，重点是早期治疗，对公共澡塘进行定期消毒。鞋子可用10～20%福尔马林液蘸一个棉球放入鞋内用纸包严，熏24～48小时。

治疗

（一）手、足癣：

1．新针疗法：适于足癣。取穴：行间、太溪。每日一次，中度刺激；或外踝尖放血，每周2～3次。

2．中草药：

（1）洋铁叶根捣烂，醋调，或用大蒜泥、鲜山楂泥外敷。

（2）土荆根白皮50克，浸于60%酒精150毫升中，用棉花蘸药涂敷。

（3）鲜桃叶捣烂敷患处，以布包之，每日换1～2次。

（4）10%白鲜皮酒精，局部外用。

（5）面引子包敷患处。

2．一般仅有脱屑、丘疹、水疱的可应用各种治癣药局部涂擦，方法同体癣。

3．对有浸渍、糜烂、渗出的可给予湿敷如4%硼酸生理盐水或1/5000高锰酸钾液洗涤，待感染消失后，用上法治疗。也可用脚气粉。

4．过度角化者，可应用剥脱剂，如10～15%水杨酸软膏，配合松馏油软膏局部外用。

（二）甲癣：

1．中草药：

（1）洋铁叶根捣烂，醋调，涂甲包扎。

（2）白凤仙花加明矾捣烂，涂甲、包扎好，每日换一次。

2．用热水将指甲泡软，每日用刀片刮甲板至甲床（即再刮则要出血和疼痛）为止，然后涂5%碘酊；或涂复方安息香酸软膏后包扎，数日后再刮甲板，涂药。

脓　疱　病

本病又叫黄皮疮，中医叫天疱疮，是由葡萄球菌或链球菌引起的夏季常见的皮肤病，接触传染，儿童发病多。

诊断

1．常有和脓疱病人的接触史。

2．皮损易发生在头面部和四肢等暴露部位。

3．主要是米粒大到黄豆粒大的脓疱（初起为水疱），周围有红晕，疱薄易破，破后形成黄色的脓痂。自觉有瘙痒或疼痛。

4．可伴有发热或附近淋巴结肿大。

预防

1．对患儿及时隔离治疗。

2．加强个人卫生，勤洗澡，衣服要常洗勤晒。

治疗

1．中草药：

（1）甘草4钱，薏米4钱，苦参5钱，加水1500毫升，煮沸剩1000毫升，冷却后每天冲洗患处3～4次，每次约半小时左右。

（2）儿茶一味研成细面，内服、外上。儿童1～3岁服一分，3～5岁服2～3分。

（3）黄连、黄柏、枯矾、煅石膏各等分研成细粉，撒在疮面上；或将上药用香油调成糊状，涂在疮面上。

2．其他疗法：

（1）水疱和脓疱为主者，将疱挑破蘸去脓汁后，涂2％龙胆紫液或2～4％硼酸软膏。

（2）有糜烂者，用2～4％硼酸水湿敷，干净后，再涂龙胆紫。

（3）有发热、淋巴结肿大者，用青、链霉素或其他抗菌素治疗。

带状疱疹

本病又叫蛇蟠疮，中医叫“缠腰火丹”，由滤过性病毒引起。

诊断

1．多发生在一侧季肋部，按脊神经走行方向排列。

2．皮损为一群一群的，小米粒大到绿豆粒大的水疱，内容较清，疱破可继发感染。

3．常伴有神经痛或瘙痒感。

治疗

1．新针（见157页）；耳针（见168页）。

2．中草药：

（1）板蓝根4钱，生地3钱，龙胆草、柴胡各3钱，黄芩、栀子、泽泻各2钱，水煎服。

（2）用大蒜蘸雄黄粉涂患处。

（3）板蓝根、陈石灰等分，共研成细末，用陈醋调匀，涂患处。

（4）大蓟草捣烂外敷。

（5）露蜂房、雄黄各3钱，冰片1钱，大枣五枚（去核焙黄），共研成粉，麻油调涂。

3．其他疗法：

（1）维生素乙$_1$ 20毫克，每日服三次，
维生素乙$_{12}$ 100微克，每日肌注一次。

（2）普鲁卡因肋间神经或局部封闭。

（3）2％龙胆紫，涂患处，合并感染有发热者，可服用磺胺或用其他抗菌素。

湿疹

本病是一种过敏性的浅表皮肤炎症，易复发。

任何部位，任何年龄均可发生。

诊断

（一） 急性湿疹：

1．发病急，炎症过程发展迅速。

2．多形性发疹，在皮肤上同时可见红斑丘疹、水疱、糜烂、痂皮及鳞屑。皮损边缘境界不清，分布对称。

3．剧烈瘙痒，在洗澡、饮酒、被窝过暖及精神紧张后更重。

（二） 慢性湿疹：由急性湿疹演变而来，皮肤变厚，皮纹加深，边缘清楚，仍有瘙痒。

（三） 婴儿湿疹：多对称发生于面部，呈弥漫性发红、糜烂、渗液及结痂，反复发作。也可发生在全身各部，多伴有消化不良，一般一周岁后可自愈。

治疗

积极寻找和消除致病因素。避免局部刺激如搔抓、肥皂热水洗烫和滥用有刺激的药物；禁食有刺激食物，如酒和辛辣食品；在急性发作期不宜作预防接种。

1．新医疗法：新针（见157页）；放血（见220页）；经穴（见188页）；

卤硷液口服或静脉注射，先由少量开始，逐渐加量。

2．中草药：

（1） 内服：乌梅3个，柴胡2钱，五味子1钱半，炙甘草4钱，白蜜1两，水煎。

（2） 外用：

急性湿疹：

① 木耳焙干研成粉，撒患处，每日一次。

② 柳树叶煎水洗或熬膏涂。

③ 小蓟、枯矾、氧化锌等量混合，外用。

④ 生黄柏加生苍朮（或五倍子）等量，共研成细末，麻油调涂。

⑤ 黄柏1两，煅石膏、枯矾各5钱，雄黄、硫黄、氧化锌各2钱、冰片8分、共研成粉合匀，外用。

慢性湿疹：

① 蛇床子1两，苦参2两，水煎洗患处。

② 枯矾2钱，雄黄1钱，轻粉5分，研成面，用凡士林60克调匀，每日搽一次。

③ 煅石膏5钱，净轻粉5分，冰片2分，共为末，香油调匀，敷患处。

④ 青黛2钱，石膏、滑石各4两，黄柏2两，共研成细粉，用凡士林配成25%软膏，外涂。

⑤ 黄连、寒水石各4钱，冰片4分，蓖麻油4钱，凡士林8钱，调成膏，外涂。

婴儿湿疹：

① 煅石膏、枯矾各20克，雄黄7克，冰片1克，加凡士林200克，制成软膏，外敷。

② 天花粉、黄柏粉各3钱，轻粉、青黛各1钱，麻油调敷，每日三次。

③ 烟馏油外用。

阴囊湿疹：

① 蛇床子1两，白矾3钱，煎水熏洗。

② 儿茶、五倍子、血竭、冰片各2钱，用香油4两浸泡三天（浸时加微热），然后取香油涂患处，每天一次。

③ 地肤子、白蘚皮、苦参各5钱或当归、灵仙、黄柏、苦参各5钱，煎水熏洗，每日一次。

3．脱敏药：苯海拉明、异丙嗪、扑尔敏等口服或氯化钙、葡萄糖酸钙等静注。

4．封闭疗法：普鲁卡因150～300毫克，维生素丙0.5克，加入生理盐水或5％葡萄糖液500毫升静脉点滴（滴前可服用苯巴比妥0.1克，可减少反应），每日一次，十次为一疗程。

5．其他局部用药：

（1） 急性湿疹：

① 2～3％硼酸水湿敷。

② 氧化锌糊剂涂患处。

③ 谷糠油涂患处。

（2） 慢性湿疹：谷糠油及可的松软膏涂患处。

荨　麻　疹

本病又叫风团疙瘩，是最常见的过敏性疾病。肠道寄生虫、消化功能障碍、病灶感染以及风冷、日光、花粉、肉类，鱼虾或腐败的食物等均可成为本病的诱发因素。

诊断

1．起病快，消退快，反复发作，一天可发作数次，消退后不留痕迹。

2．皮损为大小、形状不一的风团，瘙痒，越搔越多。如局限在眼睑、口唇、包皮等组织疏松部位，表现水肿，称血管神经性水肿。

3．呼吸道发生水肿可有胸闷、气急，甚至呼吸困难；消化道发生水肿可有腹痛腹泻。

4．反复发作经久不愈者，称慢性荨麻疹。

治疗

努力寻找过敏因素，避免接触，彻底治疗病灶感染、寄生虫等慢性疾病，不吃有刺激性食物。

1．新医疗法：新针（见157页）；耳针（见169页）；经穴（见187页）；结扎（见178页）。

以三棱针刺长强穴0.5～1寸深，然后拔火罐，在风团最多时，一次即可治愈，急慢性荨麻疹都有效。

卤砬液口服或静脉注射，由小剂量开始。

2. 中草药：

（1） 内服：

① 蛇退、蝉蜕各3钱，五味子1钱，水煎服。适用于顽固性的。

② 荆芥、防风、黄芩各2钱，小茴香、甘草各1钱，水煎服。

③ 银花、白藓皮各5钱，浮萍4钱，苦参3钱，水煎服。

④ 胡麻、何首乌、苦参、威灵仙、石菖蒲、甘草各3钱，水煎服。服时加黄酒60毫升，每日一剂。

⑤ 防风1两2钱，甘草1两4钱，五味子4钱半，陆通、乌梅、白藓皮各3钱，柴胡1钱半，水煎，去渣，浓缩至100毫升，加少量蜂蜜，每服10毫升，每日三次。

（2） 外用：

① 蛇床子、艾叶各1两，川椒、防风、荆芥各5钱，雄黄、白矾各3钱，水煎洗。

② 茄子连根叶，明矾、食盐、水煎，熏洗患处。

3. 抗过敏药：

（1） 苯海拉明、异丙嗪、安其敏等内服。

（2） 葡萄糖酸钙、氯化钙等静注。

（3） 严重者可用激素疗法。

4. 皮疹甚多或伴有严重呼吸道及消化道症状者，可酌情应用0.1%副肾素0.3～1毫升，皮下或肌肉注射。腹痛明显可肌肉注射阿托品。

5. 牛肾上腺皮下埋藏。

药疹（药物性皮炎）

由于药物经口服、注射或表皮，粘膜进入体内而引起的过敏性皮肤炎症反应，称药疹或药物性皮炎。

诊断

1. 可有药物过敏史或发疹前1～2周内有用药史。

2. 皮疹迅速蔓延全身，呈对称性分布。

3. 疹型：

（1） 荨麻疹样的风团。

（2） 麻疹样疹。

（3） 猩红热样疹。

（4） 固定性药疹：多发于口唇、肛门、生殖器等皮肤和粘膜交界处。初起为红斑，中心可出现水疱、糜烂、愈后留紫褐色斑。若以后再用同类药物，仍在该处发疹，称固定性药疹。

（5） 重症者可引起全身皮肤潮红、脱屑，称

剥脱性皮炎（较少见）。

4．全身症状有发热、头痛、恶心等，重症者有肝、肾损害。

预防

1．不滥用药物，用药前应询问有无药物过敏史。

2．用药中如发生皮疹应停用可疑药。

3．凡发生过药疹者，应严禁再用该药及同类药物。并详细告诉病人。

治疗

1．立即停用一切可疑药物。

2．多饮开水或静脉点滴高张糖及大量维生素丙（每日500～2000毫克），加速药物的排泄。

3．脱敏疗法：用苯海拉明、异丙嗪、扑尔敏等。重症者用激素，如泼尼松5～10毫克，每日服3～4次，或氢化可的松100～200毫克，静脉点滴，病情好转后，逐渐减量停药。

4．局部保持清洁，注意预防感染。局部用药可参见急性湿疹。

接触性皮炎

本病是由于接触外界各种刺激物（如动物皮毛、漆、染料、药品、农药、橡胶类以及塑料制品等）而发生的皮肤急性炎症。

诊断

1．有接触某种刺激物的历史。

2．接触部位很快发生瘙痒、灼热感，并出现潮红、肿胀、水疱、糜烂等，境界清楚。

3．重者可有全身症状，除去病因后，容易治愈。

治疗

1．追查病因，避免接触。

2．保持局部清洁，防止感染，局部用药参见急性湿疹。

3．严重者可用抗过敏药物或激素类。

植物日光性皮炎

因吃了某种野菜或蔬菜再经日晒后，在暴露部位出现肿胀、红斑等表现，叫植物日光性皮炎。

诊断

1．有吃野菜（如灰菜）或蔬菜（如菠菜、油菜、芥菜等）及日晒的历史。

2．暴露部位（如面部、手背、颈部及四肢等）出现弥漫性实质性肿胀（无明显的凹陷），也可有出血点及瘀斑，甚至有水疱、糜烂及溃疡。

3．自觉局部发紧，蚁走感或疼痛，全身不

适，重者可有水肿、胸闷及发热。

预防

食用野、蔬菜要经适当处理（如浸泡、洗净后食用），同时在日晒条件下工作时最好戴宽边草帽。

治疗

1．新针（见158页）。

2．中草药：

（1） 蒲公英2两，煎汤代茶饮。

（2） 马齿苋捣烂，外敷。

3．重症者，给维生素，如菸酸50毫克，每日三次或核黄素及复方维生素乙等。

4．局部用淡盐水湿敷。

5．肿厉害可服利尿剂如双氢克尿塞。

牛皮癣（銀屑病）

本病中医叫“白疕”（音批）。是一种常见的反复发作的慢性皮肤病。

诊断

1．皮损可呈多种形状，基本损害为边缘清楚的红斑，上复多层的白色鳞屑，抓之鳞屑纷纷落下，刮去鳞屑后有发亮的薄膜，再抓可见点状出血。

2．皮损一般呈对称性，主要分布在头皮及四

肢伸面，特别是膝、肘关节处。

3．经过缓慢，冬季较重，夏季较轻。有痒感。少数严重病例可有关节疼痛。

治疗

1．新医疗法：新针（见157页）；耳针（见169页）；梅花针（见212页）；放血（见219页）。

割治：以三棱针切断耳后的静脉，少许出血后上硷面。一周后顺静脉向上再割一次，至皮疹消退。

10％卤硷软膏，每日搽1～2次，口服或静脉注射卤硷，由小量开始逐渐加量。

2．中草药：

（1） 内服核癣丸：胡连、黄连、夏枯草、狼毒各1斤，红矾1两（经炮制后），混合制成绿豆粒大的药丸。每日服三次，第1～2天，每次二丸；以后每隔2～3天，每次增加一丸，至6～8丸，一直服到病愈。副作用一般为恶心，厌食，重时应停药。服药期间禁食小米饭，有心、肝、肾脏疾病及对砷剂过敏者忌服。切忌多用和乱用。

（2） 外用：

① 大蒜、韭菜等分，捣碎外敷。

② 苍耳草（鲜）5斤，茄根1斤，切碎水煎三次，合并煎液，浓缩成膏，涂患处。

③ 羊蹄根（土大黄）8钱，枯矾2钱，共研

成末，醋调涂患处。

④ 官桂、良姜、细辛各5分，斑蝥10个，用酒精150毫升浸泡七天，另加甘油（减少刺激）30毫升，敷患处。

⑤ 大枫子肉1斤，核桃仁2两，白砒3钱，水银2钱，猪脂2两，将枫子肉及核桃仁碾碎，然后和其他药调成棕黑色膏，搽患处。

⑥ 韭菜根1两，晒干碾成细末，用植物油调成糊状，外用，隔日一次。

3．发展时，可静脉注射各种钙剂、硫代硫酸钠或0.25～0.5%普鲁卡因（10～20毫升，每日一次）；维生素乙$_{12}$100～200微克，肌肉注射，每日一次；维生素丙0.5克，每日一次，静脉注射。

4．其他外用药：5%白降汞软膏或1:20000芥子气软膏，涂患处。

神經性皮炎

中医称为“顽癣”。是一种和精神因素有关的慢性瘙痒性皮肤病。

诊断

1．开始只有瘙痒，经搔抓后，局部出现米粒大小不规则的多角形的扁平丘疹，微有光泽，很快融合，皮肤增厚，皮纹加深，呈苔藓样改变，境界清楚，无渗液。

2．局限型好发于颈部；泛发型好发于四肢，如肋、腘窝、大腿内侧和前臂伸侧。

3．慢性经过，易复发。和精神因素及局部刺激有关。

治疗

避免搔抓或肥皂、热水擦洗，禁忌酒类及有刺激性食物。

1．新医疗法：新针（见157页）；耳针（见169页）；梅花针（见212页）；经穴（见189页）；拔火罐（见212页）。

卤硷口服或静脉注射，由小量开始，逐渐加量；并用3%卤硷软膏搽患部，每日1～2次。

2．中草药：

（1） 五倍子、枯矾、炉甘石各2钱，加水150毫升，煎成60毫升，每日搽四次。

（2） 醋精泡鸡蛋，泡软后，用蛋清搽患处。

（3） 樟脑2钱，川槿皮1两，共研成末，用白酒调，搽患处。

（4） 土槿皮2钱，轻粉5分，斑蝥7个，大枫子7粒，共研成细末，用水调敷（此药刺激性强，可于局部引起小疱）。

3．可用抗过敏药及镇静药。

4．其他局部用药：

（1） 10～15%来苏儿搽洗。

（2） 5～10%煤焦油软膏及糠馏油、松馏油软膏涂患处，或烟馏油、谷糠油、木馏油外涂。

（3） 金光素软膏外涂患处（木馏油7.6斤，过锰酸钾半两、柳酸1两，硫酸镁1两，加温20℃调匀，除去水分，即成）。

（4） 0.25%普鲁卡因液20～40毫升，局部封闭。

皮肤瘙痒症

本病是一种皮肤神经官能症，也常是其他疾病的一个症状。

诊断

1. 阵发性瘙痒，发作剧痒难忍，情绪波动、晚间、洗澡、温度变化时厉害。

2. 皮肤初期只有搔痕、血痂、色素沉着，后期可粗糙。

3. 好发部位常因不同原因而不同，如糖尿病、黄疸、尿毒症、年老等多是全身性瘙痒；蛲虫、滴虫或痔疮多限局在肛门、会阴部瘙痒。

治疗

积极寻找病因，进行彻底治疗；避免过度搔抓；洗澡时不要用过热的水及硷性太大的肥皂；禁食酒、辛辣等有刺激性的饮食。

1. 新医疗法：新针（见157页）；梅花针（见212页）；耳针（见169页）；经穴（见187页）。

卤硷口服或静脉注射，局部用20%卤硷擦剂搽洗。

2. 中草药：

（1） 外用：

① 苦参1两，川椒3钱，水煎洗。

② 蛇床子、陀僧、硫黄等分，共为细末用纱布包药，蘸醋搽患处。

（2） 内服：生地、黄柏、僵蚕、苦参、蝉蜕、防风、刺猬皮各3钱，地肤子6钱，白藓皮4钱，水煎服。

3. 口服镇静剂及抗过敏药物，静脉注射钙剂或0.25%普鲁卡因（10毫升，每日一次）。

4. 外用10～15%来苏儿水或炉甘石洗剂涂搽。

鸡眼和掌跖疣

鸡眼：多发生在脚掌面，呈豆大的圆形角质栓，黄色透明，硬而有压痛，形似鸡的眼睛，起名叫鸡眼。

掌跖疣是长在脚掌面的疣，其纤维呈束状，深

入足底皮内，表面有角化，疣中有干枯的血管和小的毛细血管，削去角质可有出血，和鸡眼不同。

治疗

1. 新针疗法：以针灸针刺入鸡眼中心部，直到病人疼痛为止，留针20分钟，拔出挤压局部使少量出血，10～15天后可脱落。

2. 温水把鸡眼或疣泡软，在胶布中央剪一孔洞，使鸡眼或疣由孔中露出，挑去组织少许，把剥皮的鸦胆子放在中央凹陷处，再以胶布复盖，几天后，鸡眼或疣可脱落。

3. 蜈蚣膏贴布：用膏药母子加热后，掺入少量的蜈蚣粉末成硬膏状，粘在鸡眼或疣上，五日换药一次，至鸡眼或疣脱落。

4. 樟丹贴布：樟丹1.5克，白糖1.5克，普鲁卡因2克，水杨酸25克，用75%酒精调成膏状，用胶布一块，中央剪孔露出鸡眼或疣，把樟丹敷在上面，不要接触正常皮肤。7～10天更换一次，至鸡眼或疣脱落。

5. 50%水杨酸软膏：用法同鸦胆子，三天换药一次，换药时，可看到钉状角锥形组织隆起，用消毒剪刀剪平，再重复敷药膏，2～3次后，不再敷药，5～7天后残留的鸡眼或疣萎缩变干，自行脱落。

十二、外科疾病

常见外科疾病，是广大工农兵多发的一种疾病，特别是战场，如不及时正确处理，可造成残废或危及生命，影响“**抓革命，促生产，促工作，促战备**”的伟大战略部署。为此，对于常见外科疾病的及时、正确诊断和处理是十分重要的。

颅脑外伤

颅脑外伤以脑损伤为严重，往往直接危及生命。因此，我们对颅脑外伤患者，必须遵照毛主席“**救死扶伤，实行革命的人道主义**”的伟大教导，积极做好抢救工作。

颅脑外伤分头皮损伤、颅骨骨折及脑损伤三类。

头皮损伤

1. 擦伤：头皮擦破。

2. 挫伤：由钝性外力作用于皮层及皮下层，常可伴有小血肿。

3. 头皮血肿：挫伤后皮下或腱膜下血管破裂引起的血肿。局部压痛，有波动感。

4. 裂伤：由锐性外力所致，如刀割等。

5. 撕裂伤：多由高速度的外力引起，如头皮卷入机器内，造成头皮连发根大面积撕脱。撕裂伤出血较多，容易导致休克，应加以注意。

治疗

1. 小血肿可加压包扎，较大的血肿可在无菌操作下，抽出积血，用绷带加压包扎，数日吸收治愈。如血肿逐渐增大时，需在局麻下切开止血。化脓时切开引流。

2. 对裂伤及撕裂伤，要争取早期清创，在局麻下清除异物及坏死组织，并予以止血。因头部血管丰富，损伤在24小时以内可以缝合。感染伤口可做部分缝合，并加引流。

3. 青、链霉素肌肉注射或口服四环素等。

4. 注射破伤风抗毒血清1500国际单位（先做过敏试验）。

颅骨骨折

分颅顶骨折和颅底骨折两类。

颅顶骨折：按形态分线形骨折、凹陷骨折及粉碎性骨折。

颅底骨折：典型的症状是耳鼻流血、流脑脊液或脑组织。可有瞳孔改变。及出现皮下及粘膜下瘀血斑。

1. 颅前凹骨折：出现眼结膜下出血、眼睑下瘀血、鼻腔出血或脑脊液鼻漏，有时嗅觉丧失。

2. 颅中凹骨折：外耳道出血或脑脊液耳漏、耳鸣、耳聋及面神经麻痹等。

3. 颅后凹骨折：咽后壁粘膜下瘀斑，枕部及乳突部瘀血，颈部强直及压痛等。

治疗

1. 卧床休息，保持安静，严密观察病情变化。如单纯性颅顶骨折勿需特殊治疗。

2. 青、链霉素肌注，或口服磺胺、土霉素及四环素等。

3. 肌注破伤风（抗毒素）血清1500国际单位（先做过敏试验）。

4. 止血：可用维生素K或安特诺新（安络血）1支，每六小时一次肌注。

耳、鼻出血或脑脊液漏时，禁忌冲洗或堵塞。

脑损伤

脑损伤分脑震荡、脑挫伤等。

脑震荡：伤后出现的暂时性脑机能障碍。

诊断

1. 轻度脑震荡，伤后仅出现一时性意识障碍，醒后对当时情况不能记忆。呼吸、脉搏、瞳孔多无明显变化。有恶心、呕吐、头痛、头晕等，一般数日即可恢复。

2. 重度脑震荡，昏迷时间较长，呼吸深慢，瞳孔散大，对光反射迟钝，救治不当可发生死亡。

脑挫伤：伤后脑组织有出血及脑皮质或脑膜轻度水肿。症状与严重脑震荡相同。

诊断

1、意识障碍时间长，有的可达数周。

2. 轻者呼吸、脉搏、血压一直平稳。重者呼吸深大，脉快，血压低。

3. 若伤后昏迷，经一段清醒期后再次昏迷，则为颅内血肿形成：此时出现同侧瞳孔散大，对光反射消失，对侧半身肢体瘫痪，呼吸、脉搏及血压均有变化。

4. 脑挫裂伤：病情危重，病人昏迷、烦躁不安、抽搐、肢体瘫痪、反射亢进，晚期反射消失，瞳孔散大。

急救

有脑组织膨出时，用消毒纱布敷盖，再用棉圈、布圈、搪瓷碗等扣住膨出的脑髓，严密包扎（图12－1）。

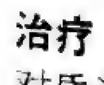
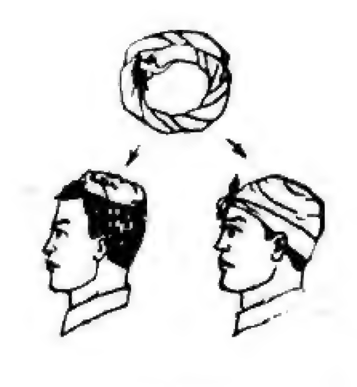



图12—1 脑膨出急救包扎法

治疗

对昏迷病人要加强护理，严密观察呼吸、脉搏、血压、体温等，保持呼吸道通畅，可协助排痰及吸氧。昏迷者给鼻饲；留置导尿管；高热时可用物理降温。

1. 脱水疗法：静脉注射50%葡萄糖60毫升，每四小时一次；或25%硫酸镁10～20毫升，每日2～4次肌注。20%甘露醇200～250毫升或25%山梨醇250毫升静脉点滴。

2. 止血：维生素K或安络血，每六小时一支肌注。

3. 烦躁不安可选用镇静剂或给人工冬眠；冬眠1号（杜冷丁100毫克，异丙嗪50毫克，氯丙嗪50毫克）半量或全量肌注或静滴。休克及衰竭时禁用。颅脑损伤忌用吗啡，因吗啡使瞳孔缩小不易观察病情，并抑制呼吸。

4. 呼吸、心跳减弱时，可用苯甲酸钠咖啡因、可拉明或洛贝林。

5. 开放性脑损伤，创面用无菌敷料包扎，并用青、链霉素肌注。

胸部外伤

胸部外伤，以肋骨骨折、气胸及血胸较常见。胸部受伤后，造成胸内脏器破裂，严重影响呼吸、循环功能，应及时确定诊断，采取急救处理。

肋骨骨折

一般由暴力所致。骨折多发生于4～7肋骨。

诊断

1. 有外伤史。

2. 局部疼痛，不敢大喘气、咳嗽及打喷嚏。肺组织刺破时可有咯血。

3. 局部压痛明显，可触及骨擦音。如果骨折发生在侧胸部，当压迫前后胸时，骨折部有痛感。如果是多根肋骨的双处骨折，伤员吸气时胸壁凹陷，呼气时凸起，呈反常呼吸。

4. 骨折端刺破胸膜时，可出现皮下气肿或气胸。

治疗

1. 镇痛：用止痛剂。

2. 1～2％普鲁卡因5～8毫升，自肋间隙下缘做肋间神经封闭，注射范围包括骨折的上下各一肋间。

3. 胶布固定：用宽2.5寸胶布，在伤员呼气终了时，自下而上逐层粘成迭瓦状，范围包括上、下两个健肋，前后要超过正中线。临时急救时，可用敷料垫于伤处，用胸带、三角巾、衣襟等包扎固定（图12—2）。

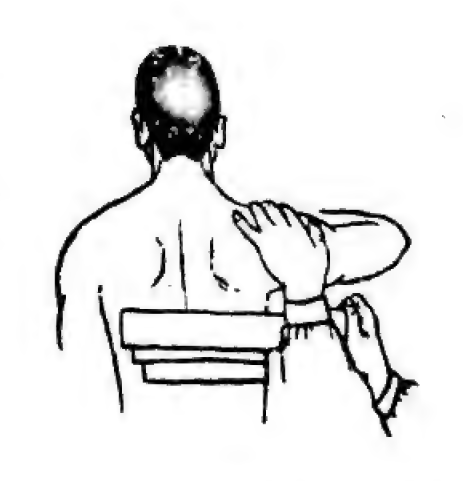


图12—2 肋骨骨折胶布固定法

4. 青、链霉素肌注或口服四环素等。

气胸

外伤后，气体进入胸膜腔称气胸。

诊断

1. 患者可出现面色苍白、呼吸困难、发绀等现象，严重者出现休克。

2. 气管偏向健侧，叩诊鼓音，听诊呼吸音减弱。合并皮下气肿时，可触及捻发音。

气胸分闭合性、开放性及张力性三类。

闭合性气胸：胸膜腔和外界通道已闭塞，不再有空气进入胸膜腔。此类气胸症状较轻。

开放性气胸：胸膜腔和外界贯通。可见开放性伤口，并听到空气由创口出进的声音。

张力性气胸：通道有活门作用，气体只能进不能出，胸膜腔压力不断增高，症状严重。

急救

1．开放性创口，应立即用无菌纱布填塞，盖上橡皮或塑料布严密包扎。临时急救可就便取材，用干净毛巾、衣帽等物填塞创口，防止空气进入胸膜腔。

2．张力性气胸，在锁骨中线稍外第二、三肋间下缘插一根粗针头，针头顶端缚一个剪有小口的消毒橡皮指套，用止血钳夹住露于皮肤外的针头，用胶布把钳子固定于皮肤上（图12—3）。

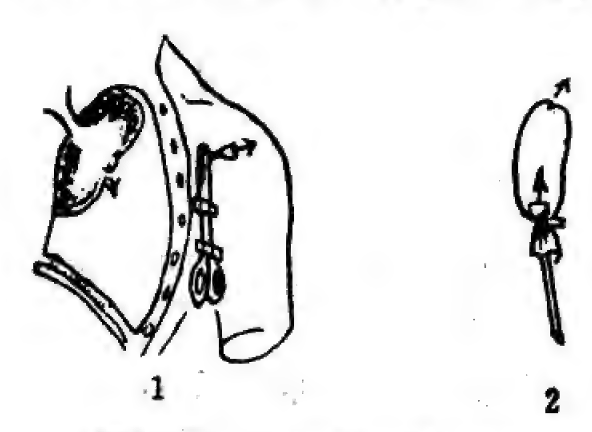


图12—3　气胸针头减压法

1．针头刺入二、三肋间止血钳固定
2．活塞孔、橡皮指套，8号注射针头

3．如闭合性气胸，轻者可自行吸收，重者可在腋中线六、七肋间隙下缘进行胸腔穿刺排气。

4．有休克时要抗休克。

5．青、链霉素肌注。

6．疼痛剧烈时给予镇痛剂。

血　　胸

外伤致使胸膜腔积血称血胸。

诊断

1．有胸部外伤史。

2．非进行性血胸，积血量少的可无明显症状。积血多时则呼吸困难、发绀、面色苍白、脉搏细弱、血压下降等。

3．合并肺部损伤时，痰中带血或咯血。

4．检查：积血较多时，肋间隙饱满，叩诊实音。如为血气胸，上部叩诊鼓音，下部为浊音。听诊呼吸音减弱或消失。

5．胸腔穿刺可抽出血液。

6．如为进行性出血时，上述症状逐渐加重。

治疗

1．非进行性血胸可进行胸穿，每日一次，抽出胸腔积血，然后向胸腔注青霉素20～40万单位及链霉素0.5～1.0克。

2．进行性血胸要立即输血，静脉输血无效时，可进行动脉输血。

3．青、链霉素肌注。

4．对症治疗，如疼痛时给止痛剂。

腹部外伤

腹部外伤分闭合性与开放性两大类。

闭合性损伤

平时多见。多由直接外力造成，如外力呈垂直方向作用于腹壁。间接外力也可发生，但较少见。从高处坠落，头或足先着地也可引起闭合性损伤。

闭合性腹部损伤有时很复杂，往往被表面损伤及其他合并损伤所掩盖，给诊断带来困难。因此，必须遵照毛主席“**马克思主义者看问题，不但要看到部分，而且要看到全体**”的伟大教导，全面地进行研究、分析，得出正确的诊断。

诊断

1．持续性腹痛，腹式呼吸减弱或消失，局部或广泛性腹肌强直，有压痛及反跳痛。早期为“板状腹”，晚期腹部膨隆，听诊肠鸣音减弱或消失，常伴有轻度休克。

2．伤后间歇期：在伤后数分钟或数小时内早期休克好转，痛区扩大但程度减轻，这是在严重症状出现前的（暂时的）一段平静期。

3．呕血：伤后呕血或吐物中带血，表示有消化道的损伤。

4．腹腔穿刺：必须选择适当部位进行，一次阴性不能排除脏器损伤（见内科技术操作）。

5．X线透视：如果发现腹腔内有游离气体，则证明空腔脏器（肠管）有破裂。

开放性损伤

多见于战时，多由弹伤、刺伤及切伤所致。

诊断

1．休克：可在伤后立即发生，亦可逐渐出现。

2．出血：肝、脾及肾损伤除有内出血征象外，还有放射痛。肝损伤疼痛向右肩放射；脾损伤疼痛向左肩放射；肾损伤疼痛向会阴部放射。

3．腹痛：早期局限在伤处，逐渐弥漫全腹。

4．局部所见：腹部或腰部可见伤口；但伤口也可在胸壁、会阴、臀部及大腿等处。不论伤口在何部位，若出现腹肌紧张、压痛、反跳痛时，则为内脏损伤的征象。有时可见内脏脱出。

急救

内脏脱出时，用大块消毒纱布或凡士林纱布包盖，外用搪瓷碗、布圈或皮带圈等扣住，严密包扎。不可随意将脱出的内脏送回腹腔（图12—4）。

治疗



图12—4　内脏脱出急救包扎法

1. 针刺人中、合谷，强刺激。

2. 抗休克（见休克）。

3. 止痛、保温，输血及补液。

4. 青、链霉素肌注。

5. 肌注破伤风（抗毒素）血清1500国际单位（先做过敏试验）。

骨及关节损伤

中国医药学是一个伟大的宝库。中西医应当团结合作，运用近代科学的知识和方法来整理和研究中医中药，创造中国统一的新医学新药学。在无产阶级文化大革命中，我国广大革命的医务人员，狠批了叛徒、内奸、工贼刘少奇扼杀祖国医学的滔天罪行。在治疗骨折中，吸取了西医正确复位、中医小夹板固定的长处，和采用中药、单、验方治疗，取得了骨折愈合快、治疗时间短、功能恢复好的显著效果。我们"赤脚医生"一定要努力发掘、学习祖国医学治疗骨折的丰富经验，在治疗骨关节外伤中取得更大的成绩。

骨　　折

由于外力作用，破坏了骨骼的连续性或完整性。

按骨折性质分为：

1. 闭合性骨折：骨折处与外界不相通。

2. 开放性骨折：骨折处皮肤破裂，与外界相通。

按骨折程度分为：

1. 不完全骨折：骨质或骨膜发生部分断裂。

2. 完全性骨折：骨骼全横断或碎裂。

诊断

1. 有明显的外伤史。

2. 局部疼痛、肿胀、瘀斑及出血；肢体畸形及功能障碍；有时可见异常活动及听到骨擦音等。

3. 全身症状：严重骨折或合并内脏损伤时，可出现面色苍白、出冷汗、脉搏细快、烦躁不安等休克征象。

4. 脊柱骨折可出现下肢截瘫及大小便失禁。

5. 听诊：传导音明显减弱。如股骨干骨折时，叫患者仰卧，两下肢稍分开呈伸直位，将听诊器放在耻骨联合上，然后叩打两侧内踝，对比两侧传导音时，患肢明显减弱。上肢骨折时，将听诊器放在胸骨柄上，叩打骨突出部位，患肢传导音减弱。

骨折断端易损伤血管、神经及内脏，检查时应加注意。

治疗

1．中草药：

（1）自然铜、当归、没药各半钱，每日服1～2次，或同时各3钱用酒加热，浸局部按摩。

（2）消肿膏：五灵脂1斤、甲珠3两，桃仁、栀子、乳香、没药、红花、大黄、合欢皮各2两，共研末，炼蜜调成软膏，涂布贴患处。适用于外伤性骨折、伤筋、红肿、热痛。

（3）接骨丹：苏土虫、榆白皮、(晒干炒)王瓜子（炒）各2两，煅然铜、山龙面、磕头虫各1两，共为细末，蜜大丸，成人每服一丸，日服2～3次，儿童酌减。

2．抗休克：严重骨折或合并内脏损伤时，多出现休克。应详细检查有无休克，及时处理。

3．止血、镇痛：出血时应立即止血；疼痛剧烈时给止痛剂（如杜冷丁50～100毫克肌注）。

4．骨折处理（见战伤救护部分）。

5．骨断端戳在伤口外时，不要随意牵动，立即用消毒敷料包扎，保持局部清洁。

关节脱位（脱臼）

外力作用于关节，使关节面失去正常的相互位置。常见的有肩关节脱位、下颌关节脱位、桡骨头半脱位、肘关节脱位、髋关节脱位。

肩关节脱位

多因跌倒时上臂外展手掌或肘部着地所致。

诊断

肩痛、肩峰空虚、肩膀变平呈方肩；功能障碍；将患手搭健肩时，患侧肘部不能贴胸壁。如脱位伴有骨折时，则有剧痛及皮下瘀血斑等。晚期局部可有肿胀。

治疗

复位法：

1．患者仰卧，术者站在患侧，两手握住患侧前臂，用足跟蹬于伤侧腋窝(右肩用右足，左肩用左足)，双手沿肱骨长轴慢慢用力牵拉5～10分钟，同时内收稍加外旋，此时放松拉力即可复位（图12—5）。



图12—5　肩关节脱位复位法

2．坐位：患者正坐椅上，助手甲由健侧抱其腋下，助手乙握患肢腕部，将患肢外展30～40°，并在助手甲作对抗牵引下，缓缓外旋患肢，约5分钟后，术者用双手握患

侧肩部，并端捧肱骨头复位。合并骨折时用本法较好（图12—6）。

3．肩关节脱位肘手复位法（图12—7）：

脱位伴有骨折时不可盲目复位。

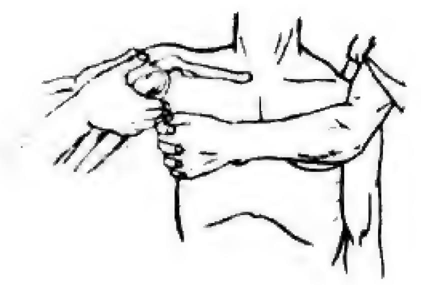
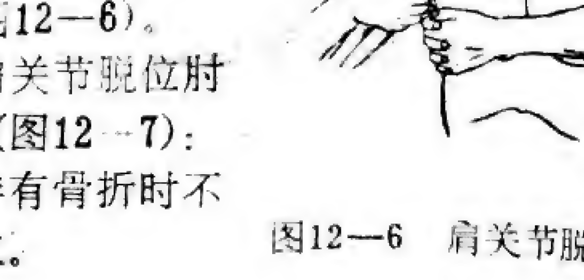
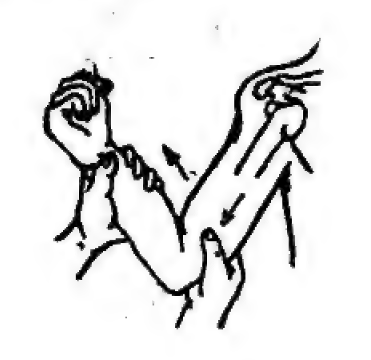
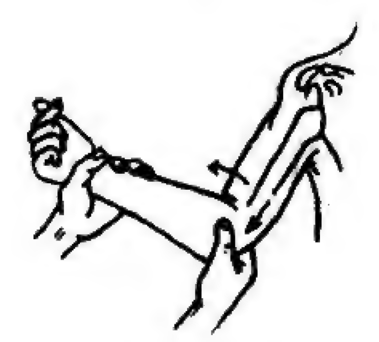



图12—6 肩关节脱位复位法



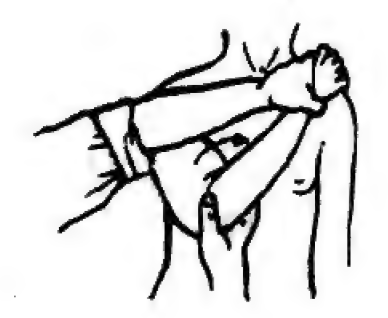
牵引、外展



牵引、外旋



牵引、内收



内旋、上肩

图12—7 肩关节脱位肘手复位法

复位后，在患者手摸健肩的姿势下，用三角巾或绷带固定2～3周。再改用悬吊前臂1～2周。

下颌关节脱位

诊断

嘴半张开，不能闭合，流口水，说话困难。

1．复位法：伤员头靠墙坐好，术者两手拇指包上纱布，放入口内两侧的下臼齿上，其他手指托住下颌，两拇指缓慢用力向下压，当有移动感时，再将下颌向后上方端送，即可复位（图12—8）。

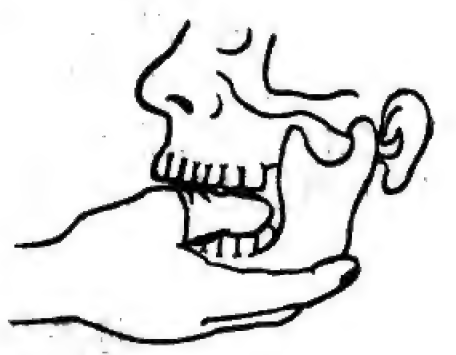



图12—8 下颌关节脱位复位法

2．复位失败时，可在下颌关节注入1％普鲁卡因，使肌肉痉挛解除，再行复位。

复位后三天内不宜大张口或吃坚硬食物。

桡骨头半脱位

因用力牵拉手或前臂所致。

诊断

多发于2～4岁儿童，脱位后患儿哭闹，患肘拒触，不敢屈肘，手不肯上举，不能外旋和握物，呈下垂旋前位，肘关节外观无改变。

治疗

手法复位：用一手托住患儿肘关节，其大拇指压迫桡骨小头，另手在旋后位牵引前臂，并使肘关节屈曲，前臂内旋即能复位。或一手握肱骨髁上部，另一手握腕部，将前臂伸直并用力过伸及旋前旋后，便可听到"格答"响声，表示复位成功。

复位后患儿停止哭闹，肘关节屈曲自如，2～3周内禁止用力牵拉患肢。也可屈曲90度，旋吊患肢数日。

肘关节脱位

多在青壮年发生。有前脱、侧脱、后脱位三种，但以后脱位最常见（图12—9）。

诊断

局部剧痛，肿胀明显，呈半屈肘状态，前臂缩短，肘后部隆起，其顶部可扪及一横沟，前臂功能障碍。



图12—9 肘关节后脱位

治疗

可在局麻下牵拉前臂，用拇指向后压肱骨下端，其余四指推尺骨鹰嘴向前同时屈肘，即可复位（图12—10）。

另法：病人坐在椅子上，术者屈一膝放椅子上，用膝部抵住脱位的肘部，边牵引边屈肘，即可复位。



图12—10 肘关节脱位复位法

复位后肘关节屈曲90度，用三角巾悬吊胸前2～3周。

髋关节脱位

髋关节后脱位较前脱位多见。

诊断

髋区疼痛，功能障碍。后脱位时，患肢呈内收、内旋、屈曲、缩短、膝部靠健腿上。大粗隆上移，臀后面隆起，臀深部可触及股骨头，前脱位患

肢则外展、外旋、稍屈曲、变长（图12—11、12)。

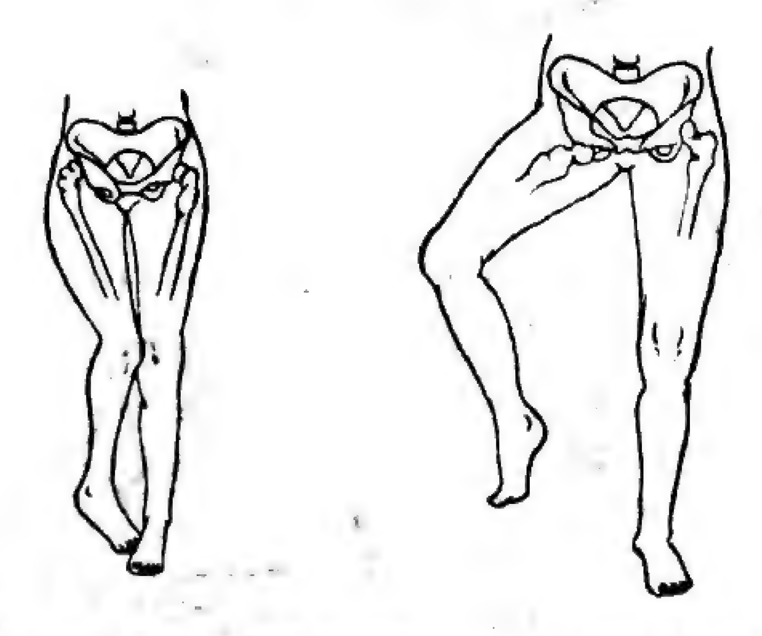
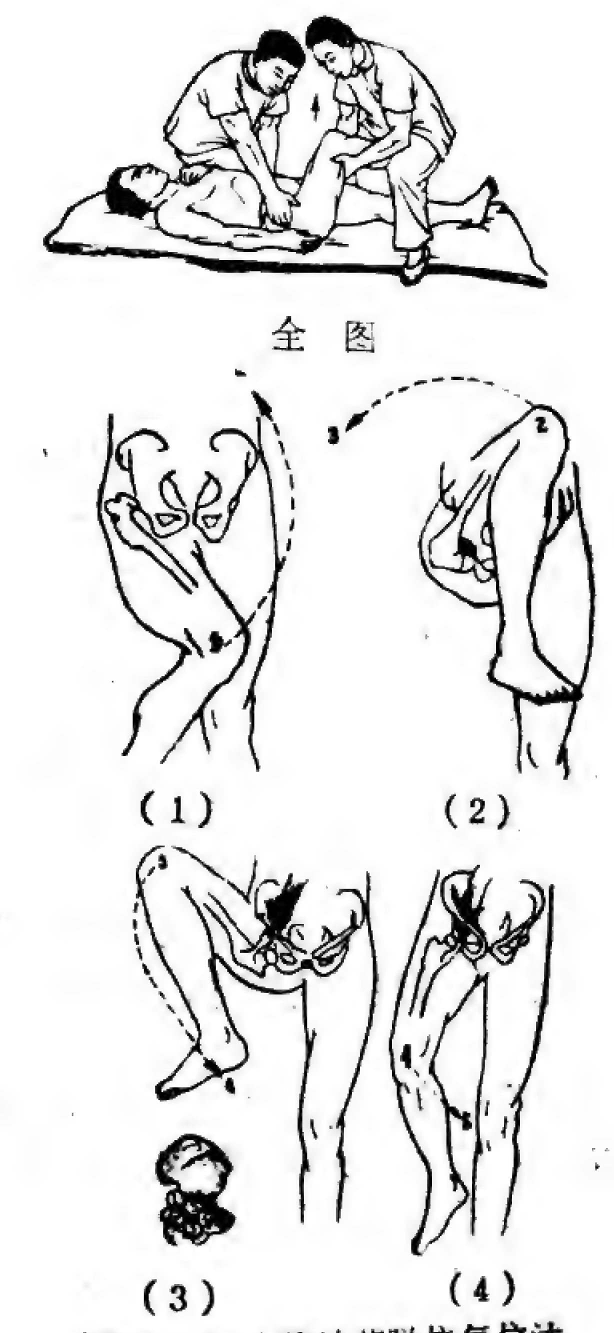


图12—11　后脱位姿势图　图12—12　前脱位姿势图

治疗

1. 仰卧复位法：全麻或腰麻下，患者仰卧，助手按在两侧髂前上棘固定骨盆，术者一手握住病人踝上小腿，另一前臂横放在患者腘窝，并屈膝屈髋 90°，然后持续向上牵引下肢，经内收、内旋，再外展、外旋，将下肢伸直，即可复位（左侧呈?号，右侧呈反？号)(图12—13)。

2. 另法：患者俯卧床上或桌上，患肢悬垂于床沿或桌沿，膝及髋关节均屈曲 90°，术者在其小腿后上方持续向下压，直至复位。



全图

(1)　(2)　(3)　(4)

图12—13　髋关节脱位复位法

复位后将下肢伸直，用绷带包扎，固定三周，然后开始功能活动。

烧　　伤

烧伤在平时和战时都较常见。尤其在战时大面积烧伤更直接威胁病人的生命。大叛徒刘少奇推行反革命修正主义卫生路线，大肆贩卖“洋奴哲学”、“爬行主义”。一些资产阶级学术权威认为烧伤面积超过百分之八十，三度烧伤超过百分之三十，就“死亡不可避免”。经过无产阶级文化大革命锻炼的广大革命医务人员在工人阶级领导下，用毛泽东思想统帅，成功地抢救了烧伤面积达百分之九十八，其中三度以上烧伤面积达百分之八十八的一位青年女工，创造了医学科学史上罕见的奇迹，彻底打破了所谓严重烧伤“死亡不可避免”的迷信。

我们“赤脚医生”要用毛主席的哲学思想指导医疗实践，充分掌握烧伤的规律，更好地为广大贫下中农服务。

烧伤是由物理因素（如火焰、热水、热气、热油、放射能等）及化学物质（如强酸、强碱等）作用于皮肤或粘膜所造成。

1．烧伤面积计算：

（1）　手掌法：以患者手掌为准，手指并拢时，手掌面积占全身体表面积的1%；手指稍加分开约占体表面积的1.25%（图12－14）。

（2）　九分法：把整个身体体表面积分为十一个相等部分，每一部分占全身总面积的9%，会阴、外生殖器占1%（图12－15）。

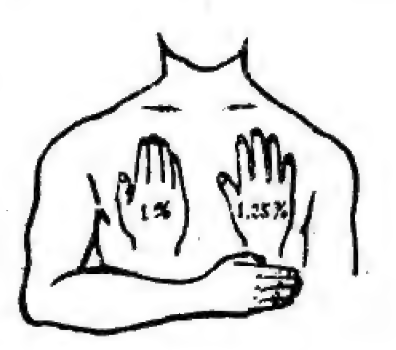


图12—14　手掌法

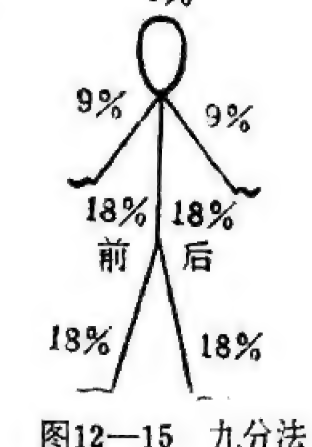


图12—15　九分法

烧伤面积计算表

身体部位		计算法
头颈		9%
两上肢		9%×2
躯干	胸腹部	9%×2
	腰背部	9%×2
两下肢		9%×4
会阴、外生殖器		1%
总面积		100%

2. 烧伤深度分类

深度分类	损伤程度	临床特征	愈合过程
一度（红斑性）	伤及表皮（达角质层）。	发红、干燥、微肿、灼痛、无水泡、感觉过敏。	2～3天症状消退，3～6天自愈，脱屑，不留疤痕。
二度（水泡性）	浅二度：表皮全层和真皮浅层。 深二度：表皮全层和真皮大部。	浅二度：有水泡，创面湿润，基底潮红。剧痛。 深二度：创面苍白，温度微低，水肿明显，感觉迟钝，疼痛不显著。	浅二度：1～2周痊愈，无疤痕。 深二度：3～4周痊愈，轻度疤痕。
三度（焦痂性）	伤及全层皮肤或皮下各层以至肌肉骨骼。	无水泡，皮肤干燥，灰白色，皮革样硬，甚至焦痂，无疼痛感，深部组织水肿。	愈合慢，3～4周后焦痂可脱落，多须植皮，常留挛缩疤痕或畸形。

现场急救：

发扬“**一不怕苦，二不怕死**”的革命精神，想尽一切办法，扑灭火焰，保障人民生命安全和国家财产不受损失。如果衣裤着火，不要奔跑，应在地上慢慢翻滚，压灭火焰。

发现烧伤人员，应立即用清洁被单、三角巾或衣服包裹创面。不要撕去沾在身体上的衣物和挑破水泡；创面不要涂任何药物。可给伤员服盐开水或烧伤饮料（每公升含盐3克、碳酸氢钠1～2克、苯巴比妥0.05克、糖精0.2克），并给予止痛、镇静，注射破伤风血清1毫升（1500国际单位）。严密注意有无休克情况，应予防治。

治疗

1. 新医疗法：

（1） 水针（见173页）。

（2） 卤碱疗法：2%烧伤洗剂湿敷创面。

2. 中草药：

对面积不大轻度烧伤可选用下方：

（1） 活蚯蚓洗净，加糖待化水后外搽。

（2） 取大黄、黄柏、黄芩、寒水石及地榆各3钱，共研成细末，加香油调糊状涂纱布上敷于伤处。

（3） 鸡蛋清、陈石灰各适量，搅成糊状，涂敷患处。

（4） 老枣树皮，焙炭研末，香油调敷。

（5） 淋石灰水涂患处。

（6） 大黄5钱，寒水石2钱，冰片5钱，共研成面，香油调敷。

（7） 大黄、儿茶、寒水石、石膏各3钱，乳香、没药各1钱半，冰片2分半，共研为粉，凉水调敷。

（8） 五倍子、生白矾各等分，共研极细面，香油调敷于伤处。

（9） 鸡蛋清加冰片少许，再加入5％炼蜜，调匀，外搽。

（10） 黄连粉10克，香油100毫升，制成10％油剂，在清创后，在烧伤处薄薄涂一层，包扎。没起泡的可用大酱、苏打水或酱油外敷。

3．防治休克：

（1） 镇静止痛：吗啡8～10毫克或杜冷丁50～100毫克，静脉注射（小儿、老年患者或合并呼吸道烧伤、颅脑伤者禁用）。

（2） 冬眠：杜冷丁100毫克、氯丙嗪及异丙嗪各50毫克，加在500毫升5～10％葡萄糖液中静点。

（3） 补液：大面积烧伤一般在伤后24小时以内，每1％烧伤面积，按每公斤体重补给晶体液（生理盐水、林格氏液、乳酸钠）及胶体液（全血、血浆、右旋醣酐等）各一毫升计算。同时给5％或10％葡萄糖液2000毫升（最初8小时内输全量的一半，另一半在以后16小时内平均补充）。

4．创面处理：先用肥皂水和双氧水混合液轻轻擦洗创面及周围皮肤，除去异物，再用大量生理盐水冲洗，剪除有污染的水泡；然后用干纱布擦干创面及周围皮肤；以75％酒精或1∶1000硫柳汞酊等消毒创面周围正常皮肤；清创后，用70％酒精纱布数层或凡士林纱布一层敷盖创面，再加盖2～3层无菌纱布和2～3厘米厚的大棉垫，以绷带加压包扎。无感染的一般7～14天更换敷料。有感染征象时，应随时检查并及时更换敷料。大水泡可用75％酒精消毒或生理盐水冲洗后，抽出积水或用消毒针由水泡基底刺破，低位引流。

头面及会阴部烧伤可不必包扎，指（趾）间要分开包扎，防止愈后粘连。

感染创面应及早清除坏死组织与脓性分泌物；如果坏死组织与健康组织尚未分离，可用1∶5000呋喃西林、1∶1000新霉素、生理盐水或2％高渗盐水湿敷，每日换药三至五次。创面潮湿或痂下积脓应设法引流，保持干燥。

5．防止感染：

（1） 正确处理创面，在换药治疗过程中要注意无菌操作。

（2） 较大面积烧伤或烧伤面积虽小，但污染严重的，可肌注青、链霉素。如严重烧伤时，可选用广谱抗菌素如四环素、氯霉素等。

（3） 防治败血症：如出现寒战发烧、烦躁不安，心率达120次以上，并伴有消化道症状时，可采用养阴生津、清凉解毒药物，如生地、银花、丹皮、白芍、黄连、黄芩、黄柏、山栀等。并加强营

养，多次少量输血，维持水电解质平衡，积极处理创面。

休　　克

休克多由大量出血（如战伤、溃疡病、肝硬化、脾破裂、子宫外孕等）、严重外伤（如脑外伤、骨折）、感染（如败血症、胆道感染、肺炎、中毒性痢疾、流行性脑脊髓膜炎等）、中毒、药物过敏等原因引起的急性周围性循环衰竭，全身组织缺氧而产生的症候群。病情危急，必须积极抢救。

休克分类表

分类	血　　压	脉　　搏	表　　现
轻度休克	收缩压在80～100毫米汞柱。	有力、略快，70～100次/分。	四肢温度无变化，口唇色泽正常或苍白。
中度休克	收缩压在60～80毫米汞柱。	较弱100～120次/分以上。	四肢发冷，苍白，口渴，神志冷淡。
重度休克	收缩压在60毫米汞柱以下。	微弱或细软，不清，120次/分以上。	四肢厥冷，出冷汗，苍白或发绀，口渴，严重时神志冷淡或昏迷。

诊断

1．兴奋期：

（1）　病人表现烦躁不安，呼吸加快。如发生于手术过程中，病人往往因疼痛刺激而挣扎。

（2）　脉搏加快，血压上升，出汗，此期持续时间很短，常常被人忽略。如此时给予适当治疗，则避免进入抑制期。

2．抑制期：

（1）　精神淡漠，反应迟钝，声音微弱，容貌憔悴，眼神无光及眼球下陷，肌肉无力，有时出现不随意运动。

（2）　皮肤苍白，四肢湿冷，前额多汗，口唇紫绀，口渴，有时出现呕吐，但意识始终清醒。

（3）　呼吸浅，脉搏细快，体温稍低或正常，血压可降至60～70毫米汞柱，甚至测不到。

（4）　非失血性休克，指端紫绀；而失血性休克，指端紫绀则不明显。

（5）　表浅静脉几乎全部萎陷，或看不到。听诊心率快、心音弱。

（6）　尿量少，重者可无尿。

通常把血压低于本人正常值的20%（一般收缩压在90毫米汞柱以下），做为休克发生的指征。

临床上需要和晕厥鉴别。晕厥常由暂时性脑缺血引起。其特点为站立时突然眩晕，心慌无力，面色苍白，重时可神志不清而昏倒。但发作快，持续时间较短，恢复迅速。

治疗

病人平卧，两足抬高，注意保温（20～22℃为宜），尽量少搬动病人，即使搬动，动作也要轻柔。严密观察病情，特别要注意呼吸、脉搏、血压及神志状态。

1．新医疗法：

新针（见159页）；点穴按摩（见228页）。

2．升压药：

（1） 去甲基肾上腺素2～6毫克，加5％葡萄糖溶液500毫升中静点。严密注意药液不要漏出血管外，以防局部组织坏死。可用于各种休克，但心原性休克效果较差。

（2） 新福林10毫克肌肉注射，或20～60毫克加入5％葡萄糖液500毫升内静点。也可用美速克新命10～20毫克，每半小时或2小时肌注一次，或40～100毫克加于5％葡萄糖液500毫升中静点，用于各种低血压及休克的防治。

（3） 恢压敏20毫克肌注或20～60毫克加于5％葡萄糖液250毫升中静点。或用阿拉明50～100毫克加于5％葡萄糖液250～500毫升中静脉滴注。用于心原性休克较好。

（4） 血管紧张素：用1～2.5毫克加于5％葡萄糖500毫升中静点。主要用于创伤性休克或手术后休克。

3．补液：成人每天2000毫升左右，或适当加用右旋醣酐，补液速度要快，必要时可输血。

4．纠正酸中毒：

休克时间较长，特别是用升压药无效时，一般用11.2％乳酸钠60～100毫升加入5％葡萄糖500毫升中静点。或用4～5％碳酸氢钠100～200毫升静点。

5．氧气吸入；呼吸停止时进行人工呼吸；心跳停止时可于心室内注射肾上腺素1毫克，同时作心脏按摩。

6．激素：严重感染引起中毒性休克，可用氢化可的松，每日100～200毫克，小儿为8～10毫克/公斤，静点。

7．病因治疗：

（1） 大失血者应补给葡萄糖、右旋醣酐或输血。

（2） 外伤剧痛引起休克，立即止痛，皮下注射杜冷丁50～100毫克。

（3） 药物过敏引起者，可立即皮下注射肾上腺素1毫克。

（4） 农药中毒引起的立即排除毒物，可用解毒剂及对抗剂，如有机磷中毒可用解磷毒、阿托品。

（5） 严重感染引起的用大量抗菌素，并用激

素治疗。如氢化可的松100毫克加入5%葡萄糖液静点。

（6） 严重脱水引起的，以补充生理盐水为主。迅速静脉滴注生理盐水1000～2000毫升。

（7） 急性肺水肿，可用西地兰，或毒毛旋花子甙K等。

电 击 伤

电击伤是由触电、雷击、较大的电流作用于人体所引起的组织与功能损害的总称。除局部有不同程度的烧伤外，由于电流通过人体，还可引起肌肉痉挛、皮肤发冷紫绀、不省人事、血压急剧下降等症状，甚至呼吸、心跳停止。

预防

1．积极向群众宣传安全用电常识。

2．检查电器设备，如有漏电立即修理。

3．不用湿手直接接触电源，不在电线上晒衣服。

4．雷雨天不在树下或高处避雨。

急救

1．发生触电时，立即切断电源，如关闭电门，利用木棍、扁担等绝缘物将患者拉开电源，或将电线挑开。

2．针刺：人中、涌泉、内关等，间断性强刺激，直至病人苏醒出针。

3．人工呼吸、心脏按摩：立即松解衣领进行人工呼吸（或口对口呼吸）。我们必须遵照毛主席**“发扬勇敢战斗、不怕牺牲、不怕疲劳和连续作战（即在短期内不休息地接连打几仗）的作风”**的伟大教导，坚持较长时间的人工呼吸，积极努力地抢救阶级兄弟，如心跳停止或右心室纤维颤动，应即进行胸外心脏按摩。

4．注意保温，并吸氧气。

5．呼吸兴奋剂，如洛贝林、苯甲酸钠咖啡因、可拉明等肌肉注射。

6．局部电烧伤，清洁包扎及对症处理。

溺 水

大量的水从口、鼻进入呼吸及消化道，或虽灌水不多，但由于水的刺激使喉头发生痉挛，引起窒息及缺氧。表现口唇及四肢发绀，面部浮肿，结膜充血，四肢紧张或痉挛，溺水时间长的，可出现面部青紫，四肢冰凉，不省人事，甚至呼吸及心跳停止。

急救

1．倒水：迅速将口中异物取出，松解衣扣将水倒出，使呼吸道通畅。方法：将患者面朝下俯卧，将腰部抬高，头肩放低，使水由口、鼻流出（图12-16、17）。



图12—16 溺水急救（倒水）法(1)

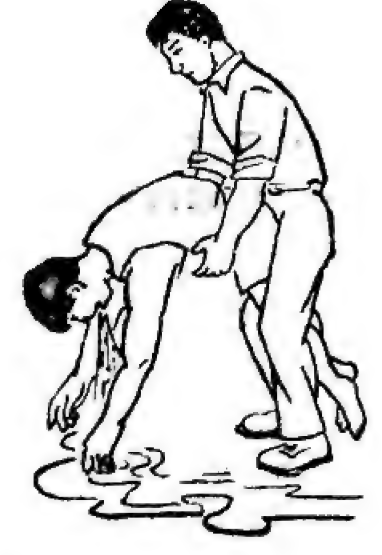


图12—17 溺水急救（倒水）法(2)

2．针刺：内关、人中、关元、涌泉等穴，均强刺激。

3．人工呼吸及心脏按摩：使用俯卧压背式人工呼吸法，或仰卧口对口呼吸。要尽最大努力抢救阶级兄弟，千万不要错过抢救时机。如有心跳停止，可同时进行胸外心脏按摩。

4．急救药物：选用可拉明、苯钾酸钠咖啡因、肾上腺素、阿托品等，如心跳已停止者可直接行心内注射。

5．注意保温，并给吸氧。

6．肌注青、链霉素，预防肺炎发生。

蛇 咬 伤

毒蛇咬伤后，毒液进入人体，可在短时间内引起严重的中毒症状，甚至危及生命。因此，积极救治是治疗蛇咬伤的关键。

诊断

1．局部症状：有锯齿状牙印和刺伤样伤口两个，局部红、肿、热、痛或麻木感，伤口可留牙根或残留断牙，伤口流血不止；皮肤呈紫、黑色，局部有水泡或血泡，重者可有大块坏死。

2．全身中毒症状：可有畏寒、发热、头昏、嗜睡、关节酸痛、肌肉麻木、恶心、呕吐。甚至出现复视、吞咽及语言困难、呼吸微弱等症状。严重时瞳孔散大、血压下降、四肢抽搐、角弓反张。如延误治疗，常常因呼吸麻痹、循环衰竭而死亡。

急救

遵照毛主席**“我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作”**的伟大教导，迅速而有秩序地进行抢救。使病人保持精神安静，树立战胜疾病的信心。伤后不要奔跑（奔跑可加速毒液的吸收）。

首先，阻断血流：利用绳带立即扎紧伤口上端，阻止血流，减少毒液扩散。伤后3分钟内用此法效果明显（图12—18）。

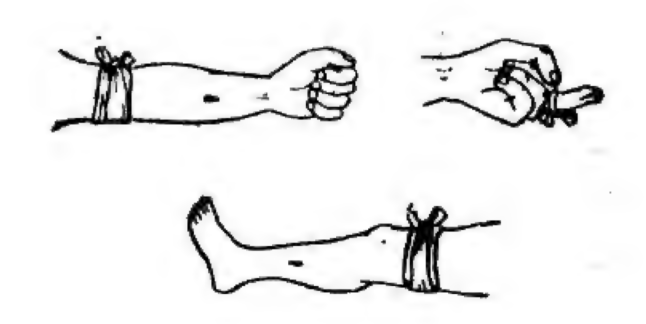


图12—18　蛇咬伤结扎止血带部位图

治疗

1．中草药：

（1）　立即饮服好醋1～2碗，另用五灵脂钱半，雄黄5分研成末，酒调服。

（2）　鲜半边莲4～8两（干草用量减半），煎汤分三次内服。并取鲜半边莲捣汁涂敷患处，每日更换二次。

（3）　雄黄1钱，白矾1钱，白芷3钱。共研细末，每日三次，每次1钱，小儿减半，温开水或酒送服。并可以此药末用白水调后，围敷伤口处，每日更换二次。

2．伤口处理：

（1）　排除毒液：

①　立即用冷水、泉水、米泔水冲洗伤口，紧急时可用尿液去除伤口周围粘附的毒液，或用高锰酸钾水、双氧水、肥皂水、盐水等冲洗更好。

②　伤口如已闭塞时，可用小刀刺破，使伤口开放。

③　用消毒针在伤口周围1～2寸肿胀处刺破数处，用拔火罐、吸乳器或其他方法，将毒液吸出。每隔30分钟～1小时吸吮一次。我们要学习白求恩同志**“毫不利己专门利人”**的共产主义精神，想方设法抢救阶级兄弟，在口腔无破溃的情况下，可用嘴直接吸吮，边吸边吐，再用清水漱口。

④　肿胀剧烈时可用三棱针刺，八风、八邪穴，促进毒液排出，或用粗针头与皮肤平行，向上刺入皮下约1厘米迅速拔出，将患肢下垂，由上到下揉搓，放出含毒汁的血液。

（2）　如果断牙残留，消毒后用摄子夹出。

（3）　以0.25%普鲁卡因在伤口或四周做环形封闭。

3．内服与外用季德胜药片。

疯狗咬伤（狂犬病）

被疯狗咬伤或创口被疯狗唾液污染后，疯狗病毒进入人体而得病，临床上称“狂犬病”。

诊断

1．有狗咬伤史，轻度咬伤有咬痕，重者可有皮肤撕裂。

2．潜伏期一般在三个月内，有的长达1～2

年。

3．最初表现乏力，精神萎靡、头痛微热、失眠烦躁、恶心呕吐、食欲不振、喉头紧缩或恐惧感。

4．发病1～2日后出现狂躁，对声、光、风等外界刺激敏感，轻微刺激常可引起抽搐、烦躁，看到水，听到水或谈到水都可引起喉头痉挛，所以又称“恐水症”。

5．晚期渐趋安静，出现瘫痪、呼吸困难、瞳孔散大等危象。

预防

1．发现疯狗要立即扑杀。

2．被狗咬后，若辨别不清是否疯狗咬伤时，也应正确处理伤口，并注射狂犬病疫苗。

治疗

1．中草药：

（1） 蜈蚣1条，大黄1两，甘草1两，水煎服，一日二次。

（2） 斑蝥1个，黄连、江米各3钱，将三味放砂锅内，炒黄为末，一次服，用黄酒送下。

（3） 大黄4钱，桃仁20粒，土别虫7个，研成末，用酒一茶杯，蜂蜜4钱，混煎剩70%，连酒服下。

（4） 双花3钱，青风藤5钱，黄芩1钱半，连翘2钱，甘草5分，栀子1钱，水煎服。

（5） 全蝎、斑蝥去头足各7个，僵虫、地龙各10个，朱砂1钱，生大黄3钱，共研细末，黄酒冲服。根据体质强弱分10～15次服，每六小时一次。

2．局部创口用大量肥皂水及清水冲洗后，以浓硝酸或纯石碳酸烧灼，再用95%酒精中和多余的硝酸或石碳酸。

3．咬伤部位要彻底清创，并皮下注射破伤风抗毒素1500国际单位。

4．被疯狗及疑似疯狗咬伤者，应及时注射狂犬病疫苗。每日在腹部或其他部位皮下注射疫苗2毫升，注射14～21日，成人和小儿量相同。如头颈、手指被咬伤或小儿患者，更应迅速注射狂犬病疫苗，前七天每日注射二次，每次2毫升；后7～14天每日注射一次，每次2毫升。

5．对症治疗。

一般外科感染

疖

疖多由葡萄球菌侵入一个毛囊和皮脂腺内所引起的化脓性炎症。多见于颈、背、面部。面部疖，中医称“疔”。

诊断

1. 初起为一硬结，有触痛，以后变为圆锥形隆起，局部有红、肿、热、痛。3～4天后中央软化，出现脓点，破皮出脓后可自愈（图12—19）。

2. 身体抵抗力低下，或较大的疖，可有发热等全身症状。

3. 面部，特别是上唇和眼鼻周围的疖（危险三角区），如果处理不当，则病变很快就会在皮下组织扩散，经眼内角的静脉和眼静脉传播到颅内静脉窦，引起颅内感染或经血行扩散，引起严重的全身化脓性感染。所以，头面疖切勿挤压。

4. 多数和反复发作时，叫疖病。好发青年人，亦称多发性疖肿。

预防

平时保持皮肤清洁。

治疗

1. 针刺：上肢：曲池、合谷；下肢：三里、委中。未化脓者，耳针：相应部位穴、

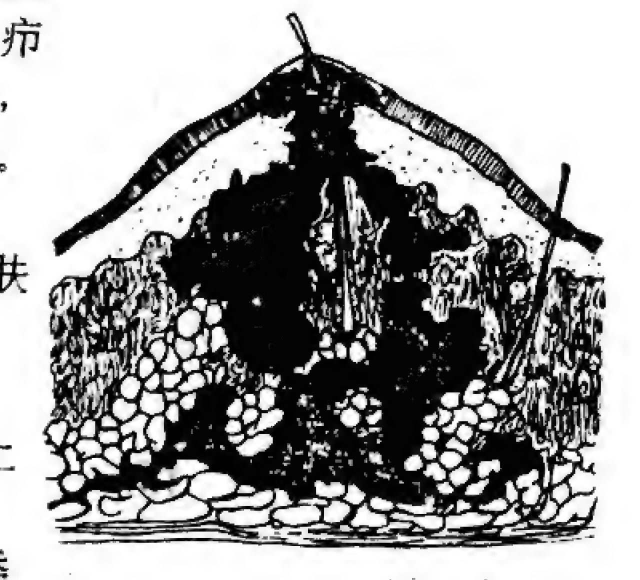


图12—19 疖的横断面
黑色代表脓 毛囊为疖的中心

肾上腺、神门。

2. 中草药：

（1） 鲜地丁捣烂敷患处。

（2） 黄芩、黄柏、黄连等分研为细末，调水敷患处。

（3） 白矾3钱，雄黄3钱，大黄3钱，研成末，醋调外敷。

（4） 蒲公英3钱，菊花3钱，紫花地丁3钱，大黄3钱，甘草1钱，水煎服。

3. 初起时可用2％碘酊涂拭；如有脓头，可用消毒镊子将脓头夹出，敷上磺胺软膏或金鸡膏。

4. 有全身症状者用抗菌素。

痈

多数疖子融合在一起就叫痈。多发于颈后、背部、唇部、腹壁等处。

诊断

1. 初起患处皮肤暗红，局部肿胀，剧痛，中心区有数个脓头。

2. 炎症扩散后，红肿的范围扩大，伴有发热，恶寒及头痛等症状。

3. 脓头脱落，排出脓血样坏死物，似蜂窝状.（图12—20）。

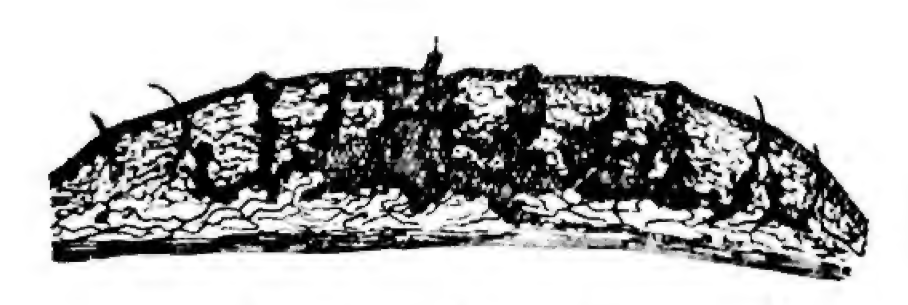


图12—20　痈的横断面
黑色为脓液　箭头指示蔓延方向

预防（同疖）

治疗

1．未化脓．耳针（见170页）。

2．中草药：

（1）鲜地丁或鲜马齿苋捣烂敷患处。

（2）大黄1两，露蜂房5钱，冰片2分，研成末，蜜调外敷。

图12—21　颈痈外观

（3）蒲公英5钱，双花1两，地丁5钱，野菊花3钱，水煎服。

（4）蒲公英、地丁、小蓟（苣荬菜）、板蓝根、大青叶5钱～2两，双花、连翘、黄柏3钱～1两，选上药一味，水煎服。

3．青霉素20万单位，每日四次肌肉注射．链

霉素0.5克，每日两次肌肉注射。因本病好发于糖尿病患者，故须详细检查。

4．如脓肿形成，行"＋"、"卄"、"井"形切开引流。必要时可配合火罐排脓。注意吸力不能太大。

5．创面换药．创面有腐败组织，脓液较多时，应用雷佛奴尔、呋喃西林、双氧水等溶液湿敷，每日二次，如有改善，可改为每日一次。在换药时，应尽量设法除去部分坏死组织及脓头。创面清洁，肉芽生长良好，可外用油纱布；肉芽水肿，用高渗盐水湿敷；内芽过度生长，则应剪除。

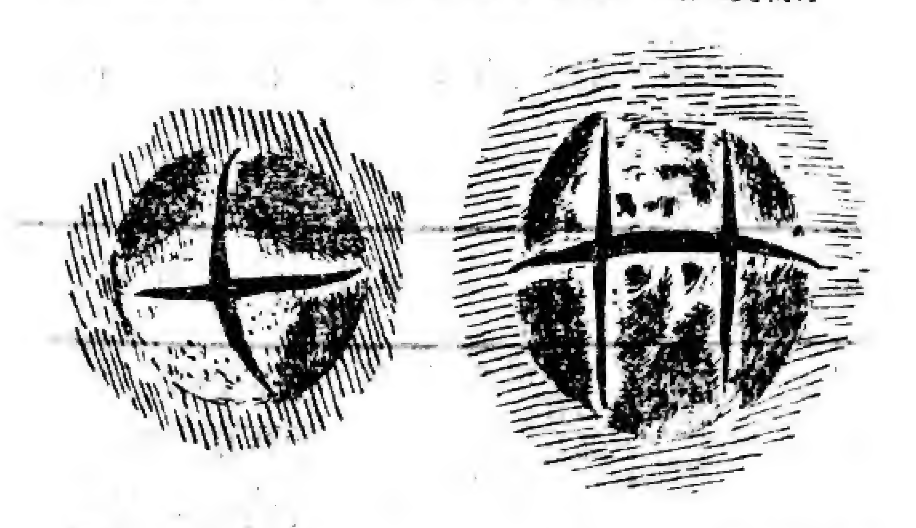


图12—22　痈的"＋"形切开法

图12—23　痈的"卄"形切开法

6．老年人应查血糖及尿糖，如有糖尿病应同时治疗。

蜂窝织炎

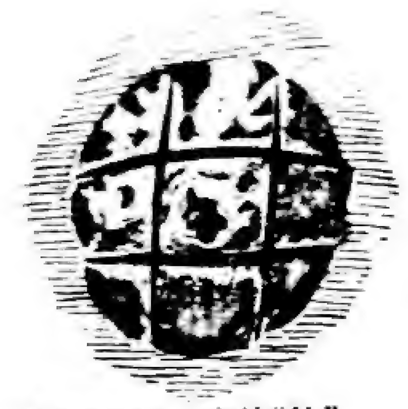


图12—24 痈的“井”形切开法

蜂窝织炎是皮下或深部软组织的急性弥漫性化脓性炎症。多由溶血性链球菌引起。好发于四肢及颈部。

诊断

1. 局部表现为较广泛的潮红、肿胀、剧痛、界限不清。

2. 同时全身伴有发冷、发热、附近淋巴结肿大、压痛等。

3. 感染可自行消散或形成脓肿。严重者可出现广泛的组织坏死。

鉴别诊断

鉴别 \ 病名	丹毒	蜂窝组织炎
侵犯组织	皮肤或粘膜内网状淋巴管	皮下组织
好发部位	面部及小腿	四肢及颈部
红	鲜红，中间较淡、边缘清楚	暗红，中间明显，周围较淡，边缘不清
肿	轻度，边缘高于正常皮肤	重度，中间显著，周围较轻
痛	烧灼样胀痛	持续性疼痛
化脓	少	常有
复发史	常有	无

预防

1. 身体有伤口或感染病灶时，应及时处理。

2. 婴儿排尿，排便后应勤换尿布。

治疗

1. 耳针（见170页）。

2. 中草药：

（1） 地丁1两，草河车3钱，半边莲4钱，连翘4钱，黄柏5钱，黄芩4钱，水煎服。

（2） 何首乌1两，茄子花3钱，水煎服，药渣敷疮口。

（3） 可用如意金黄散外敷。

3. 局部热敷或用50%硫酸镁溶液湿热敷。

4. 抗菌药物：口服磺胺噻唑1克及等量碳酸氢钠，每日四次；或青霉素油1～2毫升肌注，每日一次。

5. 有脓肿形成，应作切开引流。

〔附〕丹毒的治疗

1. 新针：

（1） 按病灶部位，循经取穴。如足背丹毒针足三里、阳陵泉，痛重加太冲，均强刺激。

（2） 在病灶局部或周围用三棱针速刺几处使出血；尺泽、委中，缓刺出血。

2. 中草药：

（1） 芒硝5两，大黄4钱，青黛3钱，共研成末，用鸡蛋清调敷。

（2） 活蚯蚓6条（洗净），白糖1.5两，共捣烂外敷。

（3） 双花1两，丹皮5钱，生山栀4钱，水煎服。

（4） 板蓝根1两，苍术3钱，黄柏4钱。头面部加菊花3钱；下肢加牛膝3钱，水煎服。

（5） 忍冬花1两，连翘5钱，赤芍3钱，水煎服。

3. 青霉素40万单位，肌肉注射，一日3～4次。亦可用磺胺类药物。

4. 局部热敷，湿热敷。

脓　　肿

皮下组织或脏器内有局限性脓汁积聚时叫脓肿。病原菌有葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌等。

诊断

1. 浅部脓肿：局部红、肿、发热、疼痛剧烈。脓肿与皮肤有明显的界限，且有波动感。全身伴有发冷、发热、脉快等症状。

2. 深部脓肿：局部疼痛和压痛，脓肿界限不清楚。其压痛最明显处多半为脓肿所在部位。全身有畏寒、发热等症状。肢体的深部脓肿多有功能障碍。

鉴别诊断

寒性脓肿：是结核杆菌感染所致的脓肿。其特点是：病程长，发展慢，局部没有红、热、痛症状。试穿其脓汁稀薄，黄白色无臭味，有时可见乾酪样脓块。

图12—25　脓肿波动检查

治疗

1. 脓肿形成后，切开排脓，引流必须通畅（切开前必须试穿，确诊后再切开）。

2. 有全身症状时，应用磺胺类药物和青霉素、链霉素治疗。

3. 其他一般治疗及中草药治疗与疖、痈相同。

急性淋巴管炎及淋巴结炎

本病是化脓性细菌从破裂的皮肤或粘膜侵入淋巴管所引起的淋巴管和淋巴结发炎。

诊断

1. 当四肢发生急性感染时，从感染伤口部位起，可见一条由下而上走向的红线，摸时，有硬索条

感，并有触痛。

2. 局部淋巴结肿大和疼痛。

3. 全身症状：畏寒、发热、头痛、不适。

治疗

1. 新针：

（1） 在红线（淋巴管炎）所到处的前端，进行斜刺。

（2） 可用消毒三棱针沿红线走向隔寸点刺，稍挤出血，再用雄黄3钱加烧酒调搽患部。

（3） 针刺尺泽、委中，缓刺出血。

2. 中草药：

（1） 蒲公英1两，银花1两，连翘5钱，栀子3钱，丹皮3钱，赤芍5钱，猪苓5钱，龙胆草3钱，水煎服。

（2） 金银花1两，野菊花5钱，蒲公英5钱，天葵子3钱，紫花地丁5钱，半边莲5钱，水煎服。

3. 治疗原发病灶（伤口换药处理）。

4. 给予磺胺药物或抗菌素。

5. 淋巴结形成脓肿时切开引流。

6. 黄蜡香油热化，蜡多油少，在不烫手的热度时趁热频频涂搽红线全长，至红线消失为止。

手指感染

手指化脓性感染（中医称为手指部的"疔疮"），

主要是手指受到创伤后化脓性细菌侵入所致。如不及时处理，不仅患者痛苦，也影响生产劳动，应予重视。常见的有甲沟炎、化脓性指头炎和化脓性腱鞘炎。

甲沟炎

是指甲周围软组织的化脓性感染，中医称为"沿爪疔"（图12—26）。

诊断

1. 常有甲沟周围的刺伤和撕掉指甲根部皮肤的倒刺（逆剥）等微小损伤或嵌甲的病史。

2. 先在指甲的一侧或其根部皮肤出现红肿、触痛，以后在皮下出现脓点。炎症继续蔓延，指甲下可出现脓液。

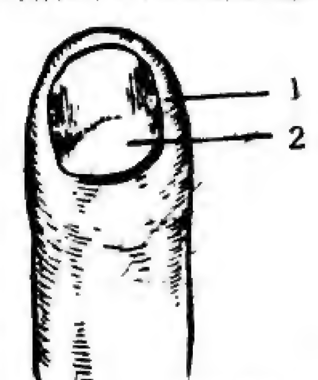


图12—26 甲沟炎
1.甲沟；2.甲下

预防

1. 指甲根部皮肤发生倒刺时，切勿用手撕，应用剪刀剪掉。

2. 异物刺入，应即时取出并涂碘酒。

治疗

1. 仅有局部红肿时，可用温水或高锰酸钾溶液浸泡，每日三次，每次15～20分钟，或用猪苦胆

套患指上。

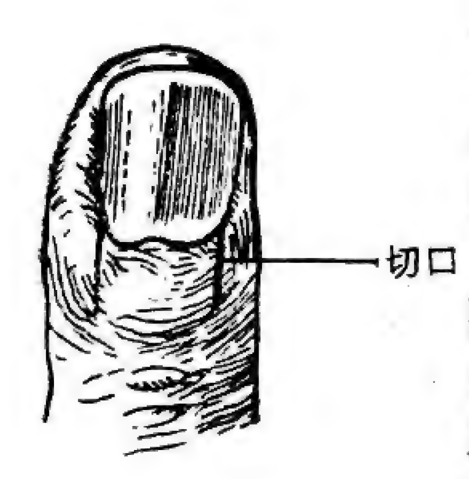


图12—27 甲沟炎切口

2. 脓肿形成后，应切开排脓。甲下积脓，应拔甲排脓。

拔甲法：用2%碘酊、75%酒精消毒手指。采用指神经阻滞麻醉。如脓肿局限于指尖，可于指甲尖端将部分指甲作"V"形切除。甲下积脓者，应拔除整个指甲。先用小刀分离甲廓与甲床后，再用血管钳拔出指甲，注意不要损伤甲床。伤面复盖凡士林纱布后包扎。拔甲后检查指甲是否完整，必须清除残根（图12－28）。

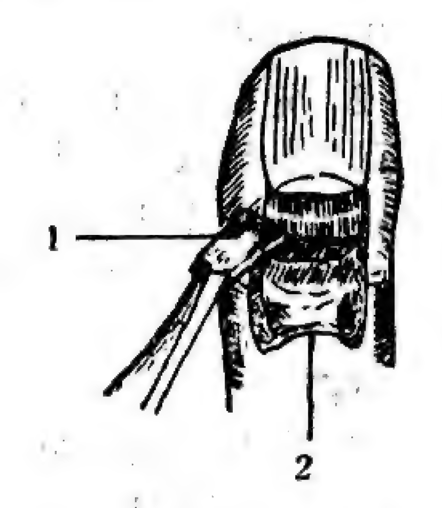


图12—28 拔甲法
1. 切除的指甲
2. 将皮瓣翻起，切除松动的指甲

化脓性指头炎

是指头掌面深部的急性化脓性感染，中医称为"蛇头疔"。多因针或木刺刺伤后感染所致。

诊断

指头发红、肿胀，有明显的触痛，化脓时因感染腔内压力增高，手指出现剧烈的跳痛，病人常常不能安眠。

治疗

1. 未化脓，耳针（见170页）。

2. 中草药：

（1） 双花1两5钱，地丁1两，公英5钱，菊花3钱，天葵子3钱，水煎服。

（2） 蜈蚣2条，全蝎2钱，雄黄5钱，研成面，鸡蛋清调敷止痛。

（3） 鸡蛋一个打小眼去黄留清，将蜈蚣1～2条掰碎放入鸡蛋中，浸1～2小时后将手指放入。一般用两个鸡蛋可愈。

3. 手指热浴或用猪苦胆套患指。

4. 全身应用磺胺药物或抗菌素。

5. 及早切开排脓。

脓性指头炎切开引流术：

于手指侧方作切口，切口应离指间横纹0.5厘米，以免将感染播散到腱鞘囊内。末节手指感染(脓性指头炎)，切口的末端不宜超过指甲的游离缘，在指骨前切断所有纤维间隔，并将突出切口外的脂肪组织或坏死组织剪去。脓腔填塞凡士林纱布引流，复盖敷料包扎。若脓腔超过指腹中央时，除婴儿外，应作对口引流。两个切口间的距离要尽量大些，以

防影响血液循环而发生坏死。脓腔用细橡皮片作对口引流，再复盖凡士林纱布后包扎（图12－29）。

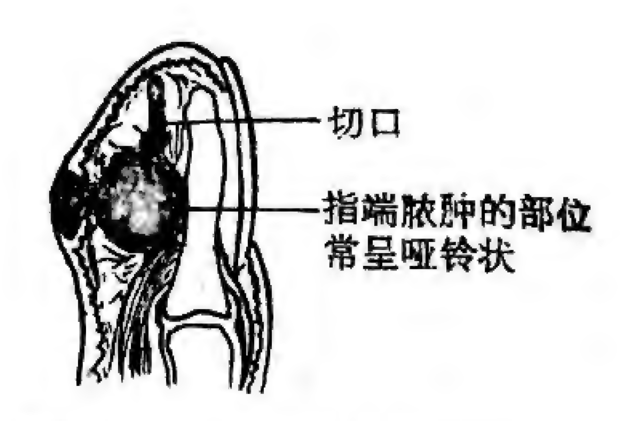


图12—29 指端脓肿的部位常呈哑铃状
脓性指头炎切开引流术

化脓性腱鞘炎

手指掌面肌腱有腱鞘包绕。深部刺伤感染或附近炎症的蔓延可引起腱鞘炎。

诊断

局部有剧烈疼痛和触痛，高度红肿，患指不能伸直。手背及手掌均有肿胀。全身有发热或寒战等症状。

治疗

1．局部湿热敷和将患肢悬吊。

2．应用磺胺类药物或抗菌素。

3．手术治疗。

急性乳腺炎

急性乳腺炎是由于乳头裂口或乳汁淤积时，细

菌侵入乳腺而引起的急性感染，中医称为“乳痈”。常发生于哺乳期妇女，初产妇较多见。

诊断

1．患侧乳房局部疼痛、压痛，皮肤发红，发热，有时能摸到硬块。

2．炎症继续发展形成脓肿，剧烈疼痛，不能安眠。在波动处穿刺可抽出脓汁。

3．全身伴有发冷、发烧。

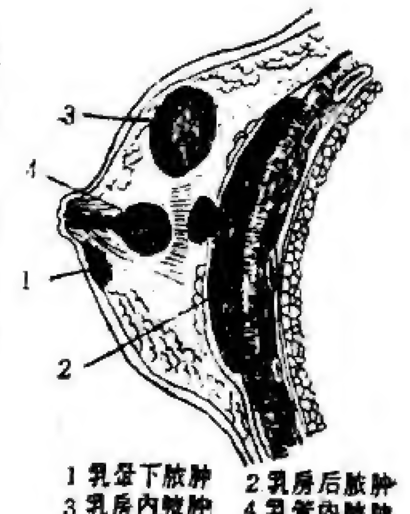


图12—30 乳房脓肿的位置

预防

1．乳头内陷的孕妇，应用手法使乳头突出。

2．妊娠期和哺乳期，保持乳头清洁。经常用温开水和肥皂水擦洗乳头。喂乳后应将多余的乳汁挤出。

3．乳头出现裂口或婴儿口腔感染时，应暂停直接哺乳，用吸乳器将乳汁吸尽或挤出乳汁。

治疗

1．新医疗法：

新针（见156页）；耳针（见170页）。

2．中草药：

（1） 蒲公英、紫花地丁各5钱，水煎服。药渣外敷。

（2） 蒲公英、双花各5钱，连翘3钱，甘草1钱，水煎服，连服三天。

（3） 赤芍、甘草各5钱，双花、蒲公英各1两，水煎服。

（4） 仙人掌或芙蓉花捣烂或僵蚕5钱，研成末，醋调外敷。

（5） 葱白5棵，蜂蜜1两，将葱白捣烂调蜜敷患处。

选择清热解毒的草药，如蒲公英等一至数种煎服均可。

3. 用0.5%普鲁卡因60～80毫升加青霉素40万单位作乳腺后封闭，可减轻炎症和疼痛。

4. 给予磺胺类药物及抗菌素。

5. 脓肿形成时（试穿确诊后），在局麻下切开引流。切口方向应以乳头为中心，呈放射状，以免切断乳腺管，不能切至乳晕处。乳腺后脓肿在乳房下弧形切开。

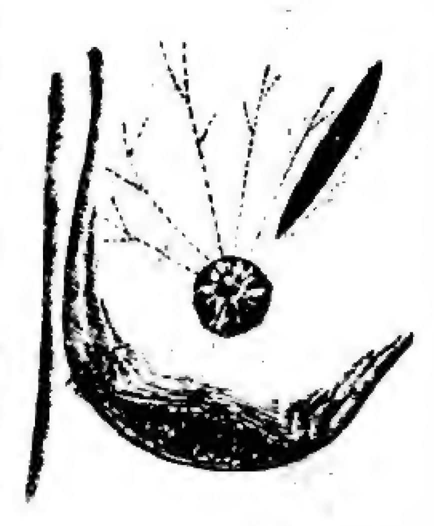


图12—31 乳房脓肿的切开方向

败血症

化脓菌由原发病灶侵入血循环，在血液内生长繁殖，并引起全身症状叫败血症。化脓菌侵入血循环后，在身体其他部位形成化脓性病灶，叫脓毒败血症。

诊断

1. 起病急，寒战，高热，体温可达40～41℃，脉快，呼吸急促，可有头痛、恶心、呕吐、鼻出血，皮肤出现皮疹、瘀血斑，进而陷入昏迷或休克。

2. 一般可查出原发灶：疖、痈、蜂窝织炎，产后感染等。

3. 转移性脓肿可发生在身体的任何部位，常见皮下；若在深层的软组织内，局部的红、肿、热、痛不明显，应详细检查。

4. 化验：白细胞总数增高，分类左移。

预防

发生疖、痈、蜂窝织炎、产后感染等疾病，应及时治疗。

治疗

1. 应用大剂量抗菌素及中药清热解毒，凉血消炎药品，并要随症加减。

2. 不能进食者，补液纠正水电解质失衡。

3. 有休克者，按抗休克治疗。

4. 有转移性脓肿，应切开引流。

5. 多次少量输血。

破　伤　风

破伤风杆菌由伤口进入机体，引起以肌肉痉挛为特征的特殊感染。破伤风杆菌一般在粪便、泥土及烂铁钉或不见阳光的环境中生存。多发生于战伤和其他外伤。过去旧法接生，由于接生器具未消毒（如剪刀等），污染了切断的脐带而造成新生儿破伤风，俗称“七天风”、“脐带风”。

诊断

1. 有外伤史，潜伏期（感染后至发病）一般为5～10天。

2. 先出现舌根发硬，张口及吞咽困难，牙关紧闭，局部肌肉抽搐。进而失眠，烦躁，颈背发硬。面部及全身肌肉抽搐，呈“苦笑”面容，发热，大汗，角弓反张。

3. 阵发性抽搐，时发时止，任何外界刺激或本身动作，均可诱发痉挛的发作。多因呼吸肌痉挛或衰竭而死亡。

因此，如伤后出现开口困难，颈部不适时，就应及时确诊，积极治疗。

预防

做好预防工作，破伤风是完全可以避免的。

1. 向群众进行卫生常识的宣传教育。伤后要避免被粪土污染。

2. 提倡新法接生。

3. 凡被粪土污染的创口，应进行彻底清创，并用1：5000高锰酸钾溶液或3%双氧水冲洗，敞开创口。并注射破伤风抗毒素1500国际单位（注前做过敏试验）。

4. 破伤风类毒素预防接种。方法：皮下注射破伤风类毒素1毫升，一个月后重复注射1毫升，即可获得免疫。若4～12月后再注0.5毫升，以后每隔2～4年注射1毫升，有效免疫力可达五年之久。

治疗

保持安静，避免嘈杂及光线等外界刺激。做好护理工作，防止坠床、舌咬伤及呼吸道阻塞。

1. 针刺：项背反张、手足痉挛针刺：风府、大椎、人中。牙关紧闭针刺：合谷、少商、曲池、颊车。高热者针刺曲池、涌泉。

2. 中草药：

（1） 蝉蜕5钱，研成末，用黄酒2两冲服。

（2） 全蝎3钱，防风3钱，水煎服或研成面酒调，一日分三次服完。

（3） 胆南星2钱，全蝎1个，共研为细末，一次黄酒送下。

（4） 蜈蚣2条（焙黄），炙川乌5钱，白芷3钱，天麻3钱，全蝎7个，共研成细末，贮于瓶内备用，成人每服5分～2钱。体弱及儿童酌减。黄酒冲服，早晚各一次。

（5） 姜蚕、全蝎、蝉蜕、川芎、川羌、当归、钩藤各3钱，共研成末，每服2钱，白水送下。

3. 伤口处理：伤口进行彻底清创，清除坏死组织及异物，用3%双氧水或1∶5000高锰酸钾液冲洗，创口不缝合，松松放氧化剂敷料即可。在抽搐发作时禁作清创。更换下来的敷料要烧掉，用过的器具要彻底消毒。

4. 镇静：抽搐发作时，可用氯丙嗪25～50毫克，苯巴比妥钠0.1～0.2克，每隔4～6小时交替肌注或用硫喷妥钠0.5～1.0克溶于5%葡萄糖1000毫升中静点，每分钟20～25滴为宜。

5. 破伤风抗毒血清1～5万国际单位肌注或静脉滴入，以后每日注射3～5万国际单位可连用5日（注前做过敏试验）。

6. 青、链霉素肌注或青霉素静点。

7. 不能进食者用鼻饲或每日补给5～10%葡萄糖2000～3000毫升。

8. 高热者要用冰袋或冷水毛巾持续降温。

9. 若出现喉头痉挛或呼吸道分泌物多，引起呼吸困难，经努力仍不能排出时，应考虑气管切开。

气 性 坏 疽

是开放性外伤中最严重的并发症之一，尤其战伤较多见。病情进展快、产气及组织坏死是本病的特点。肌肉丰富部位较易发生，下肢较上肢多见。

诊断

1. 早期：

（1） 伤后突然发烧、伤口疼痛。精神烦躁或表情淡漠，有恐惧感。

（2） 用一丝线绕伤处一周，隔1～2小时，检查一次，如出现环形压痕，就可确诊。

2. 晚期：

（1） 有脉快、呼吸急促、全身无力、恶心呕吐等全身中毒症状。

（2） 严重者皮肤呈紫黑色，伤口组织外翻，有恶臭并带气泡的浆液或脓性分泌物。

（3） 触压周围皮肤可有捻发音。

（4） 严重者肢体坏死。

预防

1. 伤口应早期彻底清创，术后不要缝合，保证引流通畅。

2. 固定肢体，使血液循环良好。

3. 早期应用抗毒素及大剂量抗菌素。

治疗

1. 确诊后立即隔离。

2. 用大量抗菌素，如青、链霉素合并使用较好。

3. 局部广泛切开， 切除坏死组织， 通畅引流，伤口用1∶4000高锰酸钾或3%双氧水湿敷。

4. 输血、输液。

5. 若肢体广泛坏死或有全身毒血症危及生命时，应尽早行截肢手术治疗。

急性腹膜炎

急性腹膜炎是一种常见的外科疾病。 可因感染、化学物质刺激（如胆汁）或损伤所造成。

腹膜炎按炎症范围分为：局限性腹膜炎和弥漫性腹膜炎；按病因分为：细菌性腹膜炎和非细菌性腹膜炎；按发病机制分为：原发性腹膜炎和继发性腹膜炎；临床上所说的急性腹膜炎，一般是指继发性细菌性腹膜炎而言。

发病原因有空腔脏器穿孔（如阑尾炎穿孔，胃、十二指肠溃疡穿孔）；腹内脏器急性感染（如阑尾炎、胆囊炎、胰腺炎）；腹部挫伤（外伤所致空腔脏器穿孔，肝、脾破裂）；血行性感染（如脓毒血症）以及肠扭转、肠套迭、卵巢瘤蒂扭转致组织坏死等(图12—32)。

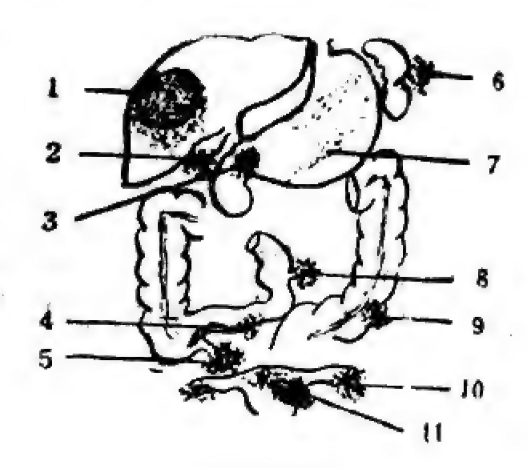


图12—32　腹膜炎原发灶

1. 肝脓肿	2. 胆囊炎	3. 胃溃疡穿孔
4. 肠伤寒穿孔	5. 阑尾穿孔	6. 脾破裂
7. 胰腺炎	8. 回肠憩室穿孔	9. 结肠穿孔
10. 输卵管炎	11. 产褥感染	

诊断

1. 腹痛：呈持续性，多突然发生。

2. 恶心、呕吐；早期为反射性呕吐，一般比较轻，吐物多为胃内容；晚期为麻痹性呕吐，呈持续性，吐物为胆汁及粪样内容。

3. 体温逐渐上升，高达38～39℃，脉快，呼吸快而浅。

4. 病人呈急性病容，有面色苍白、焦虑、眼球凹陷等脱水表现。病人静卧不动，两腿屈曲，呈保护性体位。

5. 腹部呼吸运动减弱或完全消失，腹肌紧张（甚至可有“木板样”硬），有压痛及反跳痛。叩诊呈鼓音（因肠充气或胃、肠穿孔）。有渗出液时，叩诊有移动性浊音，听诊肠鸣音减弱或消失。

6. 腹腔试穿，可协助诊断，如抽出液为胆汁则为胆囊或总胆管穿孔，化验白细胞增加；X线检查可协助诊断。

预防

对急性腹痛病人做到早期诊断，及时治疗，可以减少急性腹膜炎的发生。

治疗

遵照毛主席“**大家明白，不论做什么事，不懂得那件事的情形，它的性质，它和它以外的事情的关联，就不知道那件事的规律，就不知道如何去做，就不能做好那件事**”的伟大教导，明确诊断，查清病因，方可确定治疗方案，这是治疗急性腹膜炎的关键。局限性腹膜炎，一般状态好的，可在严密观察下采取非手术治疗。弥漫性腹膜炎应手术治疗。

1. 嘱患者半卧位。

2. 禁食禁水，并行胃肠减压。

3. 青、链霉素肌注，严重者可在1000毫升5～10%葡萄糖液中加1.0克四环素静点。并给予大量维生素C，以纠正水电解质失衡。必要时可输血。

4. 非手术治疗不见好转时，应进行手术治疗。

急性阑尾炎

阑尾是一条细长的盲管，很容易造成梗阻、闭塞和细菌感染，因此发病较多。是常见的外科疾病，属祖国医学“肠痈”范围，俗称“盲肠炎”。

诊断

1. 突然发生的上腹部或脐周围疼痛，以后转至并固定在右下腹。

2. 发热（很少超过38℃），伴有厌食、恶心、呕吐、便秘或腹泻（多见便秘）等症状。

3. 检查：右下腹肌紧张，有压痛、反跳痛。阑尾穴可有压痛。肛指检查时右下腹方向有触痛。左侧卧位右大腿强度后伸，出现右下腹疼痛加剧（图12－33）。

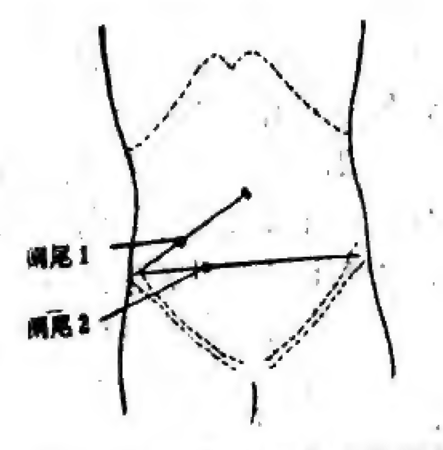


图12—33　阑尾压痛点示意图

4. 腰大肌试验阳性。

5．可有闭孔内肌试验阳性：病人仰卧，右腿屈曲90度并内旋，右下腹疼痛加剧。

6．化验：白细胞总数增高。

7．疼痛过程中如果疼痛突然减轻，可能是阑尾穿孔的征象。阑尾穿孔后被大网膜包裹，形成阑尾周围脓肿。右下腹部摸到包块，有明显压痛，体温可达38℃以上。

8．小儿阑尾炎穿孔较快，常伴有腹泻。发病前有驱蛔虫史的患儿应考虑阑尾蛔虫：有阵发性绞痛，右下腹肌紧张和压痛，时轻时重。妊娠中期或晚期发生阑尾炎时，压痛点较高。如果阑尾位于子宫后方，后腰部可有压痛。

鉴别诊断

1．肺炎和胸膜炎：右侧肺下叶的肺炎或胸膜炎可引起右下腹反射痛、压痛和肌紧张。鉴别点：有上呼吸道感染症状，突然高烧，呕吐少见，胸部可查出阳性体征。

2．胃、十二指肠溃疡穿孔：溃疡穿孔较小，内容物沿右结肠旁间沟流到右下腹，可形成右下腹限局性压痛、肌紧张、反跳痛。鉴别点：有溃疡病史，穿孔前常有溃疡发作，上腹剧痛，腹痛自上而下，自右而左迅速遍及全腹。腹呈板状硬，尤以上腹部为主。

3．右输尿管结石：鉴别点：无转移痛，疼痛为绞痛发作，向会阴部放散，无腹膜炎体征，尿化验检查可见红细胞。

4．附件炎：鉴别点：压痛位置低于阑尾位置，常为双侧性。

5．宫外孕破裂：鉴别点：有早孕史和内出血症状，阴道后穹窿有触痛，穿刺有血液。

治疗

1．新医疗法：新针（见138页）；耳针（见165页）；手针（见175页）。

2．中草药：

（1） 盲肠草（鬼针草）2两，水煎服。

（2） 紫花地丁、红藤各2两，水煎服，一日量，2小时一次。

（3） 败酱草4两（重症用8两），水煎，每日分四次服。

（4） 野菊花2～4两，洗净捣汁，黄酒冲服。或野菊花4～8两，水煎服。

（5） 生地榆4两，水煎服。

（6） 老红藤2两，蒲公英1两，生大黄3钱（后下），双花5钱，黄柏3钱，厚朴2钱，水煎，每日分二次服，若大便次数增加，改用炙大黄。

若阑尾周围脓肿形成，则加用板蓝根，败酱草各1两，生苡仁5钱，生大黄改用炙大黄。

3．青霉素20万单位肌注，每六小时一次；链

霉素0.5克（小儿30毫克/公斤/日）肌注，每日二次。或口服黄连素、四环素、土霉素等药物，直到症状、体征消失。

在治疗过程中，若症状、体征继续加剧，须手术治疗。

肠 梗 阻

凡肠内容物不能顺利地通过肠道者，均称为肠梗阻，与祖国医学中的“关格”很相似。这是最常见的外科急腹症之一。

分 类 表

分类根据	分类名称	内 容
梗阻原因	机械性肠梗阻	由于机械性障碍，引起肠腔狭窄，致使肠内容物不能通过。如嵌顿疝、蛔虫阻塞、肠扭转、肠套迭、肠粘连等。
	麻痹性肠梗阻	因某种原因，肠失去蠕动能力，致肠内容物运动障碍。如急性腹膜炎、腹部手术后及肠系膜血栓或栓塞等。
梗阻程度	绞窄性肠梗阻	梗阻后除内容物运动障碍外，并有肠壁血液循环障碍，甚而肠坏死。如肠扭转、肠套迭。
	单纯性肠梗阻	梗阻后，仅肠内容物运动发生障碍，但肠壁血液循环正常。如蛔虫性梗阻。
	完全性肠梗阻	肠腔完全阻塞，内容物不能通过者。
	不完全性肠梗阻	肠腔不完全阻塞，内容物部分可通过者。
梗阻位置	高位梗阻	空肠以上部位梗阻。
	低位梗阻	小肠低位梗阻和结肠梗阻。

诊断

1. 症状：

（1）腹痛：因梗阻上段肠蠕动一阵阵加强，故呈阵发性绞痛。梗阻晚期，因肠管过度膨胀，肠壁收缩能力变弱，腹痛亦逐渐减轻。

（2）呕吐：梗阻早期为反射性呕吐，吐物主要为胃液及食物。以后则因肠腔内容物积存过多逆

流而发生呕吐，吐物性质因梗阻部位高低而异。空肠梗阻呕吐频繁，吐物为胃液、十二指肠液及胆汁。回肠梗阻呕吐较少，吐物可为粪样。结肠梗阻由于回盲瓣的作用，呕吐仅在晚期出现（或无呕吐）。

（3）腹胀：由于梗阻上段肠腔内有大量积气和积液而引起。腹胀程度与梗阻部位及性质有关。麻痹性梗阻腹胀特别显著。低位梗阻腹胀较明显。高位梗阻常因呕吐频繁腹胀不明显。

（4）排便及排气停止。不完全梗阻或完全梗阻的早期因梗阻下段残有粪便，患者仍可排便、排气。小儿肠套迭可有血便，完全梗阻晚期无排便，排气。

2. 体征：

（1）一般状态：单纯性肠梗阻早期，全身情况无明显改变。晚期，由于脱水及电解质平衡失调，则呈重病容，眼窝塌陷，脉搏快弱，四肢冰凉等。绞窄性肠梗阻，全身症状出现早，可能伴有休克现象。肠坏死后，则全身情况迅速恶化，腹膜炎症状加重及出现毒血症。

（2）腹部检查：

① 可见不同程度的腹胀。腹痛发作时，可见到肠型及蠕动波。

② 单纯性肠梗阻，腹壁往往柔软，压痛不明显，仅在腹痛剧烈时腹壁较紧张。绞窄性肠梗阻有明显腹膜刺激症状，如压痛、反跳痛、腹肌强直（板状腹）。

③ 机械性肠梗阻，可听到肠鸣音频繁而增强，呈现“气过水音”（如雷鸣声、金属声等）。但晚期有明显腹胀时与麻痹性肠梗阻不易鉴别。麻痹性肠梗阻，腹部膨隆，无绞痛，肠鸣音消失。

3. 化验：绞窄性肠梗阻，白细胞显著增加。

4. X线检查：肠腔内有液平面，液面上为气体。

新生儿肠梗阻，应考虑是否因先天性肛门或直肠不通，十二指肠闭锁或狭窄，以及先天性纤维带所引起。儿童发生肠梗阻，应注意是否是肠套迭、肠内蛔虫；青壮年则应考虑是否是肠扭转；老年人则应想到是否是结肠癌；术后引起的肠梗阻，应首先想到是否是粘连性肠梗阻等。

对于肠梗阻的诊断，不应仅限于确定有无肠梗阻的存在，还必须遵照毛主席**“我们看问题不要从抽象的定义出发，而要从客观存在的事实出发，从分析这些事实中找出方针、政策、办法来”**的伟大教导，进一步辨别梗阻的类型和部位，并尽量找出梗阻的原因，做出明确的诊断，才能决定正确的治疗方针。

治疗

治疗肠梗阻的主要目的，就是除去梗阻原因，

恢复肠道的通畅，纠正水及电解质的失衡，预防和矫正休克。

治疗方法根据肠梗阻类型及部位不同而异：麻痹性肠梗阻适用非手术治疗。并同时治疗其病因。机械性肠梗阻和绞窄性肠梗阻应采取手术治疗。单纯性肠梗阻应先试行非手术疗法，治疗12～24小时无效或怀疑有绞窄可能时，应行手术治疗。

非手术治疗：

1．耳针（见165页）。

2．中草药：

（1）生豆油60～200毫升，口服或经胃管注入，每日一次。适用于病轻体弱者、蛔虫团性、粘连性及小儿急性肠套迭早期。

（2）理气缓结汤：枳实3钱，大黄（后下）3钱，芒硝5钱，陈皮2钱，厚朴3钱，煎成150毫升，加蜜1两，口服或作保留灌肠，每日1～2次。

分型治疗：

（1）蛔虫团性：以生豆油结合氧气驱虫较好。或用萹蓄1两，醋1两，水煎后加适量糖顿服之。

（2）肠扭转性：可用理气缓结汤，结合按摩（肠扭转多为顺时针扭转，无腹膜炎症状，腹胀不重，一般情况良好者，可按逆时针方向按摩）。

（3）肠套迭性：用生豆油法，并可结合加压

钡剂灌肠。

（4）粘连性：用理气缓结汤，用法同上。或用大黄5钱，朴硝6钱，甘草1钱，水煎服。

3．禁食禁水，胃肠减压，经鼻孔插入胃管，达胃或肠内，将内容物吸出，减轻腹胀。

4．补液：静脉输入葡萄糖、生理盐水或复方氯化钠溶液，纠正水及电解质失衡。

5．抗菌素：一般用青、链霉素或静脉点滴四环素。

6．灌肠：可用500～1000毫升肥皂水灌肠，清除肠道积气及积便，增加梗阻上段的肠蠕动，有利梗阻的缓解，如小儿套迭灌肠整复。但肠麻痹及怀疑肠坏死者禁用。

肠　套　迭

一段肠管套入其邻近的肠管称肠套迭。是小儿最常见的急性肠梗阻。

1．腹痛：呈周期性疼痛，患儿哭闹不安。

2．呕吐：常在腹痛开始后不久发生。

3．粘液血便：多在发病14～18小时后发生。

4．肿块：上腹部触到可移动的香肠样肿块。

5．肌紧张：早期不明显，晚期在肠坏死时出现（图12—34）。

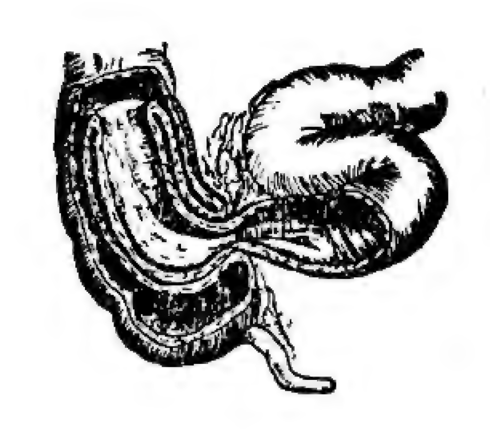


图12—34　肠套迭示意图

治疗

1．钡剂灌肠整复：提高吊筒130厘米。如灌肠后，排除钡剂并带有粪便，腹部肿物消失，为套迭已解除的征象。

2．发病2～3天以后，腹肌紧张，压痛明显，体温升高，患儿衰竭，伴有中毒症状，经非手术治疗无效时，可行手术治疗。

蛔虫性肠梗阻

由肠道蛔虫结团或因服了不足量驱虫药引起蛔虫骚动而集团，使肠道不通。

诊断

1．阵发性疼痛，间歇期则安静。常有便蛔虫

史。

2．呕吐：有时吐出蛔虫，很少为逆流性。若完全梗阻则呕吐频繁，甚至脱水。

3．肿块：脐周围可触到条索状或线团状肿块，可移动。用手压时可遗留压痕。

预防

发现病人经常腹痛、吐虫或便蛔虫时，应及早进行驱虫治疗。

治疗

1．2％盐水肛门滴入，每分钟60滴，因蛔虫团喜湿性，致使蛔虫散开。或用醋1两，加少量糖顿服。有缓解疼痛，驱散虫团作用。

2．豆油内服，每日两次，每次1～2两。

3．生豆油、大葱汁等量，每日两次，每次：2～3岁服20～30毫升，4～5岁服50毫升。

4．氧气疗法：把胃管插入胃内，注入氧气每岁100毫升，总量不超过800毫升，15分钟输完。对有消化道溃疡者禁用。

5．药物疗法：疼痛缓解时应用足量的驱虫药，如盐酸哌哔嗪。

粘连性肠梗阻

多因腹腔手术之后，尤其是腹腔化脓性疾病术后易发生（如阑尾炎、弥漫性腹膜炎）。

诊断

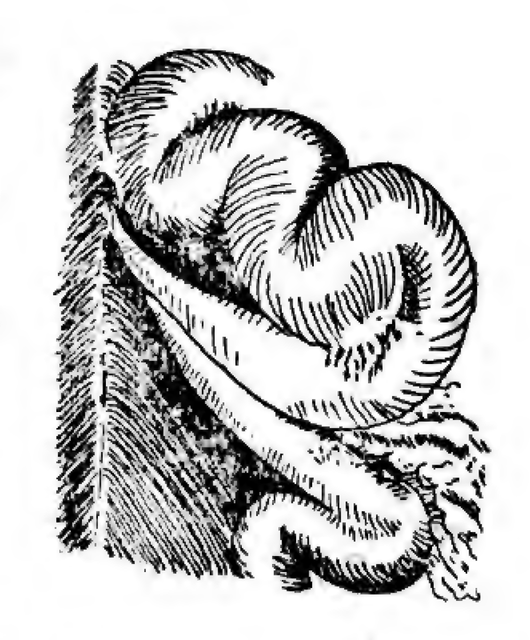


图12—35 粘连性肠梗阻示意图

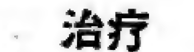
1. 腹痛：呈间歇性绞痛。

2. 恶心呕吐：出现于腹痛之后。

3. 初期腹部柔软，肠鸣音亢进。

4. 当绞窄时，出现腹肌紧张、压痛及反跳痛。

5. X线透视：肠腔内有液平面（图12—35）。



治疗

见肠梗阻。

绞窄性外疝

因腹股沟疝、股疝、脐疝箝闭绞窄所引起的肠梗阻。

诊断

1. 有肠梗阻症状及体征。

2. 疝孔处疼痛，触诊有肿块。

3. 绞窄后疝块不能还纳，色变紫。

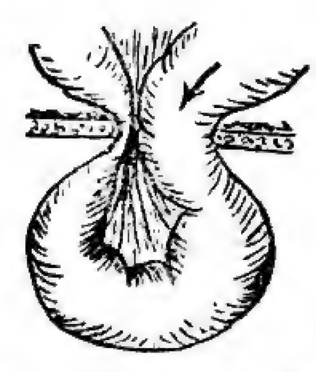


图12—36 箝闭性疝示意图

4. 叩诊，肠袢呈鼓音，大网膜为实音。

5. 过去有还纳性疝史（图12—36）。

治疗

小儿箝闭时间很短的可慎重试行手法复位，其他均须手术治疗。

肠扭转

多见于小肠、乙状结肠及盲肠。多为顺时针方向扭转，扭转后可使肠管发生血液循环障碍，甚至肠坏死。

诊断

突然发病，剧烈疼痛，恶心呕吐，腹部膨隆，可触及膨胀的肠袢，压痛明显，叩诊呈鼓音，听诊肠鸣音亢进。X线透视：肠腔内有大型液平面（图12—37）。

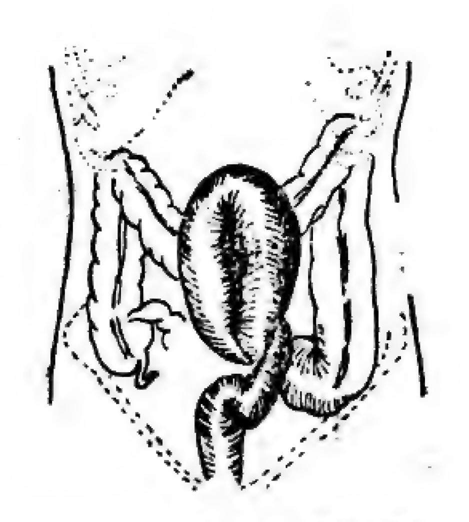


图12—37 肠扭转示意图

治疗

1. 一般治疗同“肠梗阻”。

2. 乙状结肠扭转，可用钡剂或肥皂水灌肠整复。

急性胆囊炎、胆石症

急性胆囊炎、胆石症是常见的外科急腹症，二者常常并存，互为因果。主要由胆汁滞留、胆石梗阻、细菌感染而引起。当症状不典型时，往往误诊为“胃病”。

诊断

1. 胆绞痛是其主要症状，位于剑突下或右上腹，呈阵发性，可放散至右肩，右肩胛部及腰背部。

2. 恶心、呕吐常同时存在，但并不剧烈，食欲减退，厌油腻等。

3. 发冷、发烧：多呈间断性发烧，如出现寒战、高烧、黄疸时应考虑有胆管炎。此类症状如继续加剧，可出现血压下降及中毒性休克，应考虑急性梗阻性、化脓性胆管炎。

4. 黄疸：有部分患者伴随胆绞痛出现。

5. 右上腹部胆囊区肌紧张，有明显压痛及反跳痛，疼痛发作时压痛加重。深压右上腹，叫病人作深吸气，因胆囊下移碰到手指，病人立即感到疼痛而屏气。在腹肌紧张不明显时，有时能触及肿大

的胆囊（图12—38）。

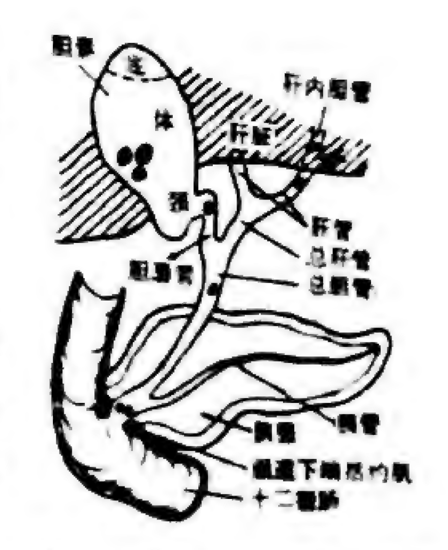


图12—38 胆道结石示意图

6. 白细胞总数增加。当超过二万时，应想到胆囊有坏死或穿孔的可能。

治疗

取半卧位，进少量流食，忌油腻食物，严重者禁食。纠正水电解质失衡，给予补液。

1. 新医疗法：

新针（见138页）；耳针（见165页）；手针（见175页）。

2. 中草药：

胆石症：

（1）郁金4钱，火硝7钱，黄柏4钱，甘草2钱，白矾3钱半，滑石1两2钱，共研细末，每日三次，每次5分～1钱，连服15～30天，孕妇忌用。

（2）黄芩、枳实、枳壳、木香各3钱，大黄2钱，茵陈1两，芒硝1两，银花5钱，每日1～2剂，分2～4次煎服。

（3）金钱草4两或鲜荠菜缨子1斤，水煎服。

急性胆囊炎：

（1）柴胡2钱，金铃子3钱，枳实3钱，双花、黄柏各5钱，青皮2钱，水煎服。

（2）香附5钱，乌药3钱，连翘5钱，蒲公英1两，水煎服。

（3）茵陈1两，黄芩3钱，山栀3钱，郁金5钱，白朮5钱，水煎服。

（4）板蓝根1两，蒲公英、茵陈蒿各5钱，黄芩、黄柏各3钱，制厚朴2钱，生大黄（后入）3钱，元明粉3钱（分冲），水煎服。

3. 解痉止痛：

口服50％硫酸镁溶液，每次10毫升，每日三次；或阿托品0.5毫克，皮下注射；疼痛严重者可用度冷丁50毫克与阿托品0.5毫克同时注射。但禁用吗啡，因吗啡使胆囊管或胆道括约肌痉挛。有黄疸者可注射维生素K。

4. 抗感染：

可用青霉素、链霉素同时注射。病重者可在1000毫升5％葡萄糖液中加四环素或氯霉素1克静脉点滴。较轻者可口服四环素、土霉素或黄连素等。

在非手术治疗中，如病情加重，体温持续上升、胆囊肿大、体征明显者，应手术治疗。

胆道蛔虫症

胆道蛔虫症在农村较为常见。由于蛔虫钻入胆道使胆道痉挛、引起上腹部绞疼称为胆道蛔虫症（图12—39）。

诊断

1. 有蛔虫病史，可有吐蛔虫史。

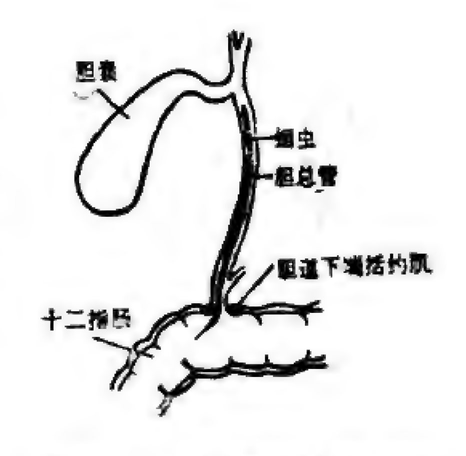


图12—39 胆道蛔虫示意图

2. 剑突下或右季肋部呈阵发性剧烈疼痛，有"钻顶"样感觉，有时疼痛放散至右肩、肩胛部及腰部。发作时翻身打滚，满头大汗，难以忍受。发作后，疼痛可完全消失或隐性作痛。

3、可有不同程度的恶心、呕吐。在疼痛发作时亦可吐蛔虫。

4. 检查腹部柔软，深压剑突下或右上腹部亦有轻度压痛，但肌紧张及反跳痛不明显。这种症状与体征极不相符的特点是胆道蛔虫症的典型征象。若合并炎症时则有肌紧张及明显压痛等。

5. 如出现寒战、高烧及黄疸时应考虑合并胆

道感染。

治疗

1. 新医疗法：

新针（见139页）；耳针（见165页）；手针（见175页）；割治（见214页）。

2. 中草药：

安蛔镇痛：

（1）醋2两，加少量糖，顿服。

（2）茵陈1两～2两，川椒3钱，加水1小碗，水煎顿服。

（3）萹蓄2两、醋2两，水煎，分二次服，每日1～2剂。

驱虫止痛：

（1）槟榔片1两，枳壳2钱，木香3钱，苦楝皮5钱，使君子肉5钱，水煎服。

（2）乌梅3钱，黄连1钱，川椒3钱，藿香1钱，槟榔片1两，白矾5分，水煎服。

（3）槟榔片1两，枳壳3钱，木香3钱，君子肉、苦楝皮各5钱，乌梅30个，细辛3钱，黄柏6钱，川椒4钱，水煎服。

辨证施治：用于驱虫止痛：

乌梅、槟榔片各1两，金铃、枳壳、柴胡各3钱，木香2钱，黄连1钱，水煎服。

加减：身热口干便秘者加黄芩、黄柏、大黄各3钱；面色苍白，四肢厥冷，得温热后，疼痛缓解者去黄连加干姜2钱，细辛1钱，附子3钱；黄疸者加茵陈1两，龙胆草5钱；虫未驱出者，加苦楝皮5钱～1两；痛甚者加郁金、元胡各3钱。

3. 解痉止痛：阿托品0.5毫克与度冷丁50毫克，肌肉注射。

4. 抗菌素：青、链霉素合用。

5. 阿斯匹林1.0克，每日三次，连服三天。

胃、十二指肠溃疡穿孔

本病是常见外科急腹症，是溃疡病的严重并发症之一。穿孔后，胃、十二指肠内容物（如胃酸、胆汁等）流入腹腔，可并发急性腹膜炎。

诊断

1. 大部分病人有溃疡病史，穿孔前症状常加重。

2. 腹痛：为上腹部及右上腹部突发性持续性疼痛，并阵发性加剧，可很快波及全腹，但仍以上腹部或右下腹部为主。

3. 腹痛发生后，病人多采取平卧或侧卧，身躯弯曲成保护性体位。表现面色苍白，呼吸浅而快，脉搏增快，常有恶心、呕吐。严重者可出现休克。

4. 腹肌强直及压痛：腹肌明显紧张，呈"木板"样，全腹压痛及反跳痛，以上腹部及右下腹部更为严重。

5. 叩诊肝实音区缩小；晚期由于肠麻痹、引起腹胀，听诊时肠鸣音多消失。

6. 化验：白细胞总数增多，X线透视可见膈下有游离气体。

7. 急性阑尾炎穿孔，腹痛多固定在右下腹部，压痛及反跳痛亦以右下腹部为重，无膈下气体。

治疗

1. 非手术疗法：适用于穿孔小、症状较轻、体质较好的患者。

（1）取半卧位，禁食禁水，胃肠减压抽空内容物。

（2）维持水电解质平衡，补给5～10%葡萄糖液或等渗盐水。

（3）给予抗菌素控制感染。

（4）对症治疗可给解痉及止痛药物（诊断没明确时禁用吗啡、度冷丁等止痛药物）。

2. 经非手术治疗不好转，应及早行手术治疗。

急性胰腺炎

各种因素（如胆囊炎、胆管炎、胆石症或蛔虫病等）导致胰管梗阻，管内压力增高，使胰小管和胰腺泡破裂，而造成急性胰腺炎。

诊断

1. 突发性上腹部或稍偏左侧上腹部刀割样持续性疼痛，并阵发性加剧。

2. 患者早期即可出现休克症状，如面色苍白，出冷汗，四肢发冷，脉搏细弱，血压急剧下降等。

3. 腹肌紧张，上腹正中压痛明显，部分患者可出现黄疸。恶心、呕吐较常见。体温可在第2～3日上升至38～39℃，以后逐渐下降，若不下降应考虑并发脓肿。

4. 血清淀粉酶测定（超过350索氏单位）对急性胰腺炎有诊断价值。

治疗

1. 新针（见119页）。

2. 中草药：

大黄、枳壳、元胡、川楝子各3钱，双花、连翘各4钱，黄连2钱，水煎，每日一剂，分二次服。另外配芒硝3钱，分二次冲服。

加减法：呕吐加陈皮、竹茹各3钱；高热不退加石膏1两，知母3钱；痛重用元胡、川楝子或加乳香、没药各2钱；黄疸加茵陈1两，栀子3钱。

3. 禁食和胃肠减压：输给5～10%葡萄糖液及生理盐水维持水电解质平衡。

4. 镇静止痛：阿托品、度冷丁、普鲁本辛和硝酸甘油等。

5. 抗菌素：内服氯霉素、四环素或青、链霉素肌注。

6. 休克时应积极行抗休克治疗。

7. 发热持续不退，考虑有局限性脓肿时，应手术切开引流。

腹 外 疝

腹内脏器经腹壁缺损或薄弱部份向外突出，称为腹外疝。疝内容多数是小肠或大网膜。按照疝发生部位不同，可分为腹股沟斜疝、直疝、股疝、脐疝等。

诊断（见表）

	腹股沟斜疝	腹股沟直疝	股 疝	脐 疝
部位	腹股沟韧带内上方，经腹股沟管下降到阴囊内。	耻骨上缘腹股沟韧带内上方。	腹股沟韧带下卵圆窝处。	脐部
肿块	呈椭圆或圆柱状肿物。	圆形，鸡蛋大小。	圆形，较小。	脐部明显突出
症状	站立、用力咳嗽时，肠管或大网膜可进入阴囊。如为肠管时叩诊呈鼓音，听诊有肠鸣音，手指通过外环，令病人咳嗽，冲击感在指尖。	疝颈宽大，不下降到阴囊内，很少发生绞窄和嵌顿。手指通过外环，令病人咳嗽，冲击感在指腹。	绞窄时病人有急性腹痛、恶心、呕吐及局部疼痛等。	腹部不适，疼痛，常伴有嗳气、恶心、消化不良、便秘等。

预防

1. 婴儿期应防止紧裹腹部、过早站立、经常啼哭和咳嗽等。

2. 青少年期应经常进行体育锻炼，增强腹壁肌肉，起到保护作用。

3. 老年人应积极治疗慢性疾病，如慢性咳嗽

等，防止因腹压增高引起疝的发生。

治疗

一般婴儿时期的脐疝和腹股沟疝非手术治疗效果较好。对于一些手术后可能引起疝复发者（如年老体弱或有严重疾患等），应采取非手术治疗。

1. 经穴疗法（见197页）。

2. 应用疝带：用疝带的一端压在腹股沟外口疝块突出处，避免疝肿块突出，可于白天佩带，夜间解除（图12—40）。

3. 布带压迫法：适用于小儿腹股沟疝。以布带紧压疝块突出处（图12—41）。

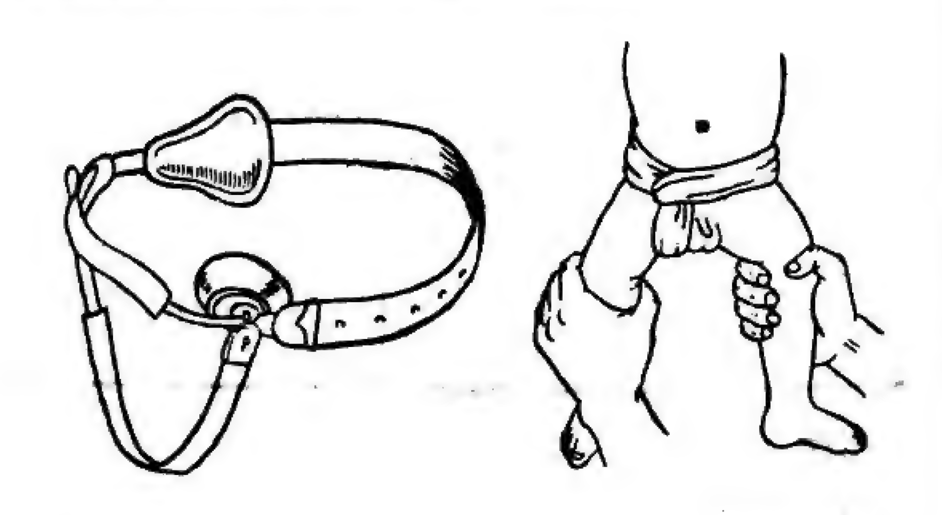


图12—40　疝带　　　图12—41　布带压迫法

4. 贴胶布法：适用于小儿脐疝。方法是先将脐疝回纳，并使脐部两侧皮肤皱折，以消除脐孔皮肤张力，然后用5厘米宽、20～30厘米长的胶布条横贴腹壁，每1～2周换胶布一次。连续使用6个月无效者，应考虑手术治疗。

5. 手术治疗效果较好。

睾丸鞘膜积液

正常睾丸鞘膜内有少量液体。由于外伤、炎症等原因使囊内液体增多，成为囊样肿块，叫睾丸鞘膜积液。

诊断

1. 阴囊内有逐渐增大的卵圆形肿块，肿块较大的有坠胀感。

2. 阴囊皮肤正常，肿块表面光滑有明显的波动感。用手电筒自阴囊下面照亮，通过一卷筒在阴囊上面观察到红色透光现象。

3. 咳嗽时无冲击感，检查时摸不清睾丸。穿刺时可抽出液体。

4. 精索鞘膜积液：肿块周围清晰，牵拉睾丸时肿块上下移动，透光试验阳性。精索根部细。

治疗

1. 中草药：

（1）木鳖子5钱，焙干去油研细末，每日二次，每次5分，黄酒冲服。

（2）川楝子、小茴香各3钱，黄芪5钱，丝

瓜络2钱，全蝎、元胡、干姜各1钱，水煎服。

2. 单纯抽液或抽液后注入硬化药物效果较差。手术治疗效果良好。

痔

痔是肛门直肠的浅静脉由于便秘、妊娠等原因，发生扩大曲张，形成的一个或几个小结节——痔核。位于齿状线以上，表面复以粘膜的称内痔；位于齿状线以下，表面复以皮肤的称外痔；两者同时存在的称混合痔。

诊断

1. 内痔：一般在肛门外看不见，主要表现便后滴鲜血。有的在排便时脱出肛门外，久之不能还纳，造成肿胀、不适，以至溃烂。

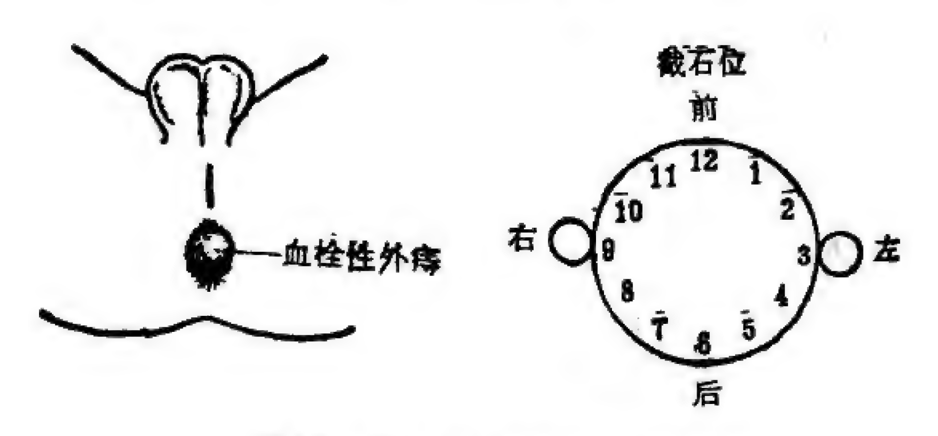


图12—42 血栓性外痔示意图

2. 外痔：一般无症状，检查见肛门缘皮下突起肿块，椭圆形。血栓性外痔则疼痛明显，排便、走路或坐位时疼痛加重。检查肿块呈椭圆形、紫红色、硬、触痛明显（图12—42）。

3. 混合痔：有内、外痔症状（图12—43）。

预防

养成定时大便的习惯。多吃蔬菜，保持通便，少吃或不吃辛辣刺激性食物。



图12—43痔示意图

治疗

1. 新医疗法：

新针（见140页）；水针（见174页）；手针（见175页）；挑治（见216页）；放血疗法（见220页）；经穴（见198页）。

2. 中草药：

（1）痔核肿痛

① 五倍子5钱，芒硝1两，煎水熏洗，每日一次。

② 五倍子3钱（烧存性），蜈蚣2条（焙焦），冰片2分，共研成细末，用麻油调敷患处，并可配用槐角5钱，胡黄连1钱半，水煎服。

③ 槐角5钱，当归、防风（炒）、黄芩（炒）、

地榆各3钱，枳壳2钱，水煎服。便秘加大黄、元明粉各3钱。便血加仙鹤草、侧柏叶各3钱。痛甚者加元胡3钱。有脱肛表现者加黄芪4钱，升麻3钱。

④ 内痔出血可服槐角丸，每次1丸，每日二次。

⑤ 马莲一把煎汤，每晚睡前洗一次。

（2）痔出血

① 槐花4钱，侧柏叶3钱，水煎服。或侧柏炭3～5钱为末，米汤调服。

② 椿根白皮（炒黄）5钱，共研成末，用蜜调为四丸，早晚饭前各服一丸，温开水送下。

③ 红鸡冠花1两，水煎服，每日服二次。

④ 刺猬皮2钱，穿山甲2钱、肉豆蔻2钱，共为细面，每次服1钱，每日服二次。

3. 坐浴和热敷（可用1/5000高锰酸钾，2%来苏儿，1～2%朴硝等），每天2～3次。

4. 将坐药栓塞入肛门内，如甘油坐药，白芨坐药等。

5. 注射疗法：5%石炭酸甘油或5%鱼肝油酸钠液0.5～1毫升，每次注射1～2个痔块，间隔7天左右一次，共注射4～6次。

6. 内痔枯痔法：

（1）明矾压缩注射法：局麻后用止血钳夹住痔根部，注入20%明矾液1～3毫升。停片刻用另一止血钳将痔充分夹扁，挤出痔内液体。数日后痔即自行脱落。

（2）枯痔钉法：局麻后将枯痔钉3～8根，插入痔粘膜下1～1.5厘米，剪去露出的钉尾。七天后可再操作一次。

枯痔钉制法：明矾与砒霜的化合物4分，雄黄2分，朱砂1分，没药0.5分，共制成粉末，放在粘米饭中（干米8分，煮成糊状），搓成火柴杆粗细的药针，阴干备用。

7. 手术疗法：

血栓性外痔：在局麻下纵行切开皮肤，取出血栓，结扎出血点，切口不缝合，盖油纱布后用胶布固定。

静脉曲张性外痔和结缔组织性外痔，于痔块根部切除，皮肤内翻缝合。

内痔：用血管钳平行夹住痔核基底部，在血管钳上切除痔块。然后用肠线穿过钳下，作连续贯穿缝合，去掉血管钳，拉紧缝线结扎。

术后温水或1/5000高锰酸钾液坐浴，每日2～3次。

肛　瘘

由肛门或直肠周围脓肿向外破溃，形成经久不愈的瘘管（内口在直肠、外口在肛门外），叫肛瘘。

诊断

1. 肛门周围有一个或几个小口，常有粘稠脓性物或粪水流出，伴有奇痒。常因瘘口闭合局部出现红、肿、热、痛炎性反应。脓汁排出后炎症消退，如此反复（图12—44）。

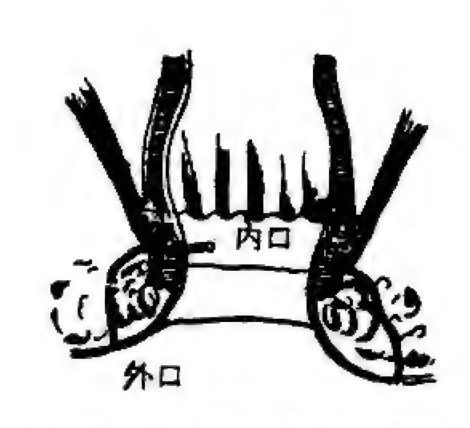


图12—44肛瘘示意图

2. 可在肛门周围查到呈乳头状隆起的瘘外口，压迫外口周围，可有分泌物由瘘口中流出。沿外口到肛门可在皮下膜到一个索条状硬物。

3. 结核性肛瘘，表现为经常或间歇性从瘘外口流出干酪样稀薄分泌物。皮下无索条状硬物。

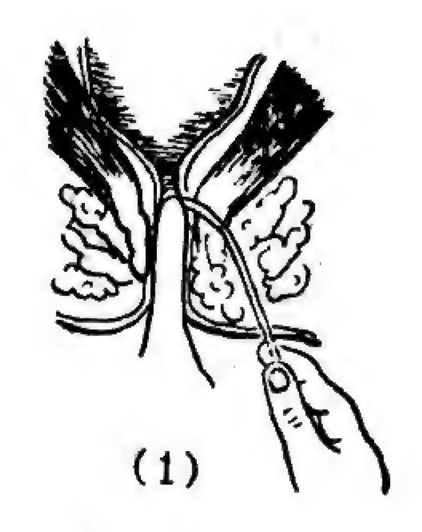
治疗

1. 挂线疗法：

适用于局部无急性炎症的距肛门缘3厘米以内的肛瘘。

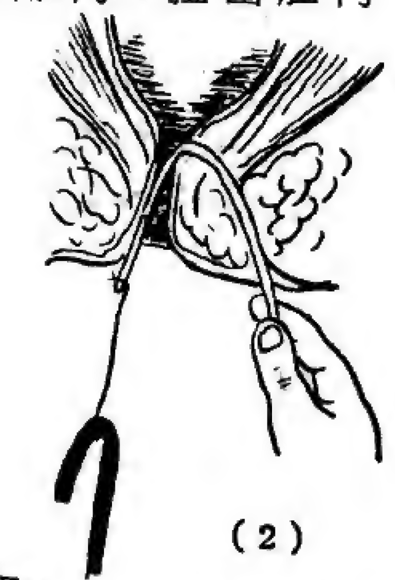
步骤：术前一天给患者服少量泻药。术前排尽大便，局部剃毛。

患者取仰卧或侧卧位，用红汞、酒精消毒肛门、会阴部，铺一无菌洞巾。以0.5%～1%普鲁卡因局麻，把外口到肛门部的皮肤切开，用细探针从外口向内口探入，手指从肛门内将探针从内口拉出肛门外（图12—45），将胶皮筋系于探针头上，再将探针退拉出肛门外（图12—46）。最后将胶皮筋勒紧用线结扎（图12—47）（目的借胶皮筋弹力将瘘管缓慢勒开，从瘘管基部长出肉芽组织而愈合）。



（1）

图12—45　手指从肛门内拉出探针



（2）

图12—46　将胶皮筋系于探针头上

术后坚持温水或1/5000高锰酸钾液坐浴，每日2～3次。隔



（3）

图12—47 将胶皮筋勒紧用线结扎

三天左右紧胶皮筋一次。10天左右瘘管可被勒开，胶皮筋脱落。20天左右愈合。有数个外口的肛瘘，可切除瘘管皮肤，再行主干挂线。

2. 瘘管切开术：适用于瘘管形成不久，疤痕组织增生不显著，瘘管柔软者。

步骤：术前的准备及麻醉同挂线疗法。将有槽探针自外口通入内口，沿探针切开全部瘘管，切除管壁不健康的肉芽组织。用油纱条引流，不缝合。术后进软食，每日温水坐浴2～3次，同时更换油纱条，防止假性愈合。

肛　　裂

肛裂多由于粪便干硬，排便时肛门过度扩张而造成的肛门缘皮层的损伤。

诊断

1. 排便时肛门部有烧灼样或刀割样疼痛，同

时有少量鲜血滴出，附于粪便上或染红便纸。便后有烧痛，可持续数分钟或数小时。

2. 肛门缘皮肤有长形或椭圆形裂隙，边缘软而整齐。病程长者边缘可变厚，不整齐，周围充血。

3. 在肛门外可见前哨痔（图12—48）。

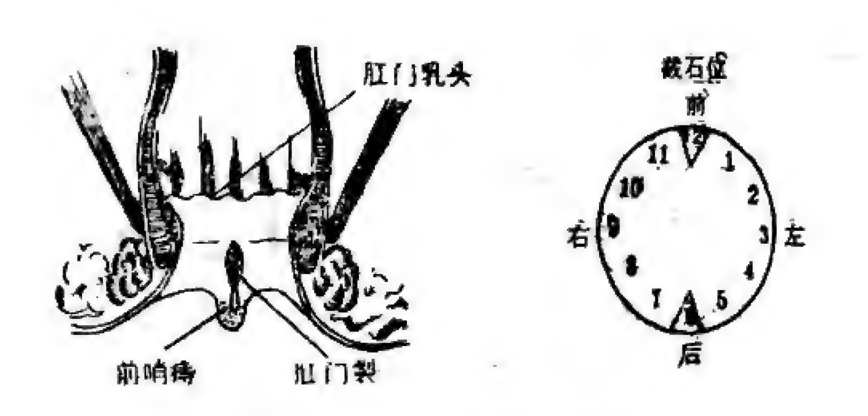


图12—48 肛裂示意图

预防

保持大便通畅。

治疗

1. 新医疗法：

挑治（见216页）；手针（见175页）。

2. 中草药：

（1）九华膏（九华丹20克、麻油40毫升、凡士林40克）30毫升灌入肛门内，3～5天一次，也可每日外敷患处。

（2）熟石膏、白芨、乌贼骨各等分，共研细

末，用凡士林调敷患处。

3. 止痛：0.25%普鲁卡因封闭，温热水坐浴，或针刺长强穴等。

4. 手术治疗：

适应于病程长、裂隙缘厚而不整齐者。

术前的准备及麻醉同肛瘘。用三角形切除法切除肛裂部组织，皮肤不缝合（图12—49）。

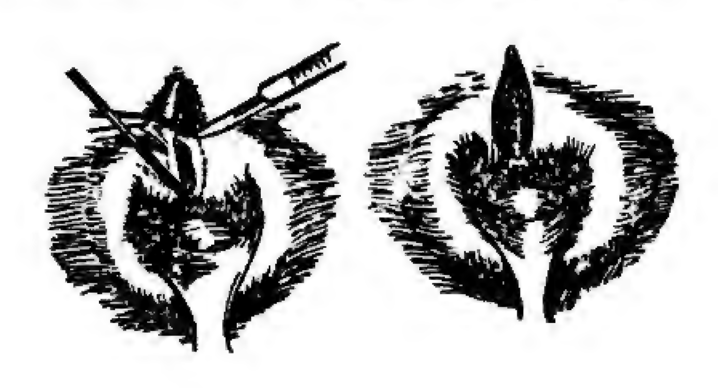


图12—49　肛裂切除法

放置油纱条引流。术后用温水坐浴，每日2～3次。

脱　肛

脱肛多由粘膜下组织松弛或盆腔肌肉松弛，直肠固定不牢所致，常见于慢性腹泻。轻者大便时粘膜自肛门脱出，便后可自然回缩。重者咳嗽、喷嚏、走路时就可脱出，须用手送回肛门内。长时间

粘膜受刺激，可产生少量粘液性分泌物，甚至损伤出血。患者可感觉肛门坠胀、疼痛。

治疗

1. 新医疗法：

针刺（见139页）；耳针（见170页）；经穴（见198页）；挑治（见216页）。

2. 中草药：

（1）蝉蜕3钱，研成极细面，食油调敷。

（2）龙骨、赤石脂、诃子肉各等分，共研成极细面，和茶水少许搽患处。

（3）木鳖子去壳，蘸淡茶水研磨，然后用棉花蘸药涂患处，隔日一次，连涂五次。

（4）石榴皮3两，白矾5钱，煎水熏洗，每日二次。

（5）五倍子、艾叶各5钱，水煎后熏洗，每日一次。

以上各方用药后，均须将直肠轻轻托回。

（6）生黄芪5钱，升麻3钱，五倍子1两，水煎服。

3. 积极治疗腹泻及预防便秘。

4. 注射法：5%石炭酸植物油溶液2～10毫升或95%无水酒精，加10%普鲁卡因1毫升，注射于直肠周围软组织内，使粘膜肌层固定，直肠部不脱出。

5. 严重者可行手术切除缝合或直肠悬吊术。

直 腸 息 肉

直肠息肉多见于儿童，小的如米粒，大的如鸽蛋。息肉常有一细根（蒂）。

诊断

1．大便带少量鲜红色血液，无疼。息肉位置低。蒂长者，大便时可脱出肛门外。

2．直肠指诊可摸到大小不等、圆形、较硬、光滑而有弹性的可活动的肿块。

治疗

息肉位置低者，可在局麻下经肛门将息肉根部结扎后切除；位置较高者，可在直肠镜下切除；很高时则需经腹切除。

尿 潴 留

膀胱内有尿不能排出称尿潴留。引起尿潴留的原因很多，如前列腺肥大、尿道狭窄、尿道断裂、结石、肿瘤或膀胱松驰、麻痹等。

诊断

1．患者有强烈尿意，但不能排出。常因膀胱阵发性收缩而产生疼痛（脊髓损伤所致者可无尿意

感）。

2．下腹正中耻骨上区有一隆起肿物，上界清楚，叩诊实音。

治疗

解决排尿的同时应查明原因，针对病因进行治疗。

1．新医疗法：

新针（见 149 页）；耳针（见 168 页）；点穴按摩（见 228 页）。

2．中草药：

（1）葱根（或葱白）1 两，白矾 5 钱，共捣成泥状，贴脐上或关元穴上。

（2）蝼蛄焙焦研成面，每服 2 分，每日一次，连服二天。

（3）生黄芪 4 两，甘草梢 [illegible] 钱，水煎后当茶饮用（用于老人排尿无力）。

（4）蟋蟀一对，用瓦焙干研成末冲服，每日服 1～2 次。

3．导尿及膀胱穿刺（导尿见内科技术操作，膀胱穿刺见外科小手术）。

慢 性 前 列 腺 炎

慢性前列腺炎大部分由葡萄球菌、大肠杆菌及

肺炎双球菌感染引起。感染途径有：从尿道直接扩散而来；远处炎症（如皮肤疖肿、咽峡炎等）经血行传播而来；肠道炎症（如小肠炎、结肠炎等）经淋巴途径传播而来，或经上泌尿系感染（如肾盂炎、膀胱炎等）播散而来。

诊断

1．患者有轻度尿频、尿道灼热、痒感；早晨尿道有少量白色分泌物。

2．疼痛，常反射至腹股沟区，耻骨上区、骶髋区及睾丸。少数患者有会阴部胀疼感，坐硬板凳时尤为明显。

3．性功能减退，如遗精、早泄、勃起无力及阳萎等。

4．全身症状可有头昏、失眠、腰痛、疲倦、精神不振等。

5．肛门指诊可摸到前列腺稍有增大、压疼、不光滑、不对称、有硬节及中央沟消失等。

治疗

1．新针（见149页）。

2．前列腺按摩，每周1～2次，两月为一疗程。

3．热水坐浴，每晚睡前一次。

4．可用消炎及抗菌药物，如内服黄连素，氯霉素，或用青、链霉素肌注。

腰腿痛

腰腿痛是一种常见的病症。但是，大叛徒、大内奸、大工贼刘少奇及其在卫生部门的代理人，推行反革命修正主义医疗卫生路线，一小撮资产阶级“专家”、“权威”用反动的唯心主义和形而上学的宇宙观，对大量的慢性腰腿痛作出了“骨质病变”的错误定论，认为是“原因复杂，处理困难，一不能防，二不能治”的“难”症。伟大的无产阶级文化大革命彻底砸烂了刘少奇的反革命修正主义医疗卫生路线。革命的医务工作者，活学活用毛泽东思想，以“**全心全意地为人民服务**”的精神，深入工厂、农村，对腰腿痛的病情、病因做了广泛的调查研究，掌握了大量材料，并成功地创造了许多治疗慢性腰腿痛的新方法，如新针疗法和水针疗法等。闯出了一条治疗腰腿痛的新路子。为执行和捍卫毛主席的无产阶级医疗卫生路线作出了新的贡献。

诊断

腰腿痛的原因很多，主要有：创伤（肌肉韧带损伤、椎间盘突出、脊椎骨折），关节炎（良性、风湿性和类风湿性），先天性异常（腰椎骶化、隐性脊柱裂、腰椎横突过长），感染（脊柱结核、化脓性脊椎炎）。其他如某些肿瘤、神经系疾病、内脏疾病也

可引起以腰腿痛为主要表现的病症。我们只要遵照毛主席"……**详细地占有材料，在马克思列宁主义一般原理的指导下，从这些材料中引出正确的结论**"的教导，详细询问病史，仔细进行检查，并不难得出正确的诊断。然后根据病因和正确的诊断，采取恰当有效的办法，就一定能做好腰腿痛的防治工作。现把常见的腰腿痛症状及诊断列表说明如下：

	急性腰扭伤	慢性腰肌劳损	腰椎间盘脱出症	腰肌膜炎	类风湿性脊椎炎
病史	有急性外伤史	有腰部疼痛史	有外伤史	有着凉史	
疼痛	腰部剧痛，活动受限，局部压痛明显，肌肉痉挛。睡倒时症状减轻，翻身困难。	腰部钝痛，过劳加剧，前屈时疼痛明显。转移痛只到髋部，不到小腿及足部。	腰痛放散到下肢，至足部。咳嗽、解便时加重，坐骨神经走行区有压痛，下肢有主观麻木区，脊柱侧弯，活动受限，病久可肌肉萎缩。	游走性疼痛，腰部有广泛压痛。与气候冷热变化有关。	腰痛范围广，活动受限，最后可发生强直。
普鲁卡因局部注射	疼痛可暂时减轻	疼痛可减轻	无变化	疼痛可减轻	无变化
直腿高举试验	双侧为弱阳性（两侧差别不大）	低位损伤时为阳性（疼痛）。	强阳性。抬高健侧，亦可引起患侧放散痛。	阴性	关节活动受限。
深反射（膝、跟腱反射）	不消失	不消失	减弱或消失	不消失	不消失
其他			压迫颈静脉，腰痛加重。	血沉有时加快。	血沉快，急性期有发烧。
X线检查	可有骨折或小关节横突撕脱伤。	无明显改变。	腰椎变直，侧弯，突出的椎间隙变窄。	无明显改变。	可见关节钙化，晚期呈竹节样变。

许多腰痛可以引起腿痛，但有一些局限在腿部（膝关节）的疾病，也可引起以腿痛为主的症状。

	半月板损伤	膝部软组织损伤	关节风湿症	韧带损伤	关节内游离体
病史	有外伤史	有外伤史	有着凉史	有外伤史	有外伤史或大骨节病史
疼痛	疼痛在膝内外间隙，晚期有股部肌肉萎缩。	损伤部压痛，有轻度肿胀。	游走性疼痛，痛与气候变化关系明显，过劳时疼痛加剧	损伤部压痛，有肿胀。	轻度压痛，有时可在皮下摸到游离体。
关节运动	受限，有交锁现象	多不受限	一般不受限，疼剧时有一定影响。	受限	活动时疼痛，有交锁现象。
特殊检查	麦氏试验：屈膝，小腿内旋或外旋，伸膝膝间出现疼痛、响声时为阳性		部分患者血沉快。	侧面挤压或屈膝前拉小腿，可有移位感。	
X线检查	气膝或双重造影，可见半月软骨有裂隙			有时可见患侧关节腔隙加大。	可见游离体。

预防

平时加强腰背肌的锻炼，促进疲劳的恢复；加强劳动保护，提高劳动效率；急性患者应早期治疗，避免形成慢性疾患。

治疗

一般腰腿痛在急性发病期都应限制局部活动，待好转后再逐渐增加活动量，加强锻炼，争取早日投入“**抓革命，促生产，促工作，促战备**”的战斗岗位。

1. 新医疗法：

新针（见151页）；手针（见175页）；拔火罐（见211页）；点穴按摩（见226页）；水针（见175页）；经穴（见196页）。

2. 中草药：

跌打损伤：

（1）鲜贯筋草1两（干者5钱），或白鲜皮5钱，水煎服。

（2）穿山龙5钱，酒一斤浸泡7天后，每次饮一酒杯，日服三次。

（3）松节5钱，酒煎服，每日一次。

（4）鲜旱莲草或韭菜适量，切碎捣烂，敷患处，每日更换一次。

（5）七厘散、跌打丸、玉真散或外用狗皮膏药、伤湿止痛膏等。

关节红肿热痛为主者：

（1）苍术3钱，黄柏、黄芩各2钱，防己、牛膝各5钱，红花3钱，水煎服。

（2）白藓皮、银花各3钱，甘草2钱，水煎服。

（3）防风、黄芩、白术等分，共研细末，每次1钱，每日三次。

（4）连翘、石膏、忍冬藤各5钱，知母、赤芍、木瓜各3钱，草薢4钱，水煎服。

关节疼痛不红肿为主者：

（1）鲜松树针1两，糖半斤，水煎，可酌情分数次服。

（2）五加皮、油松节、木瓜各3钱，共研为细末，每次1钱，每日三次。或用水煎服。

（3）细辛、甘草各1钱，秦艽3钱，川芎2钱，水煎服。

（4）川乌、草乌、牛膝各6钱，木瓜、威灵仙各1两，紫草3钱，白酒1斤，浸泡7天，每早、晚各服一酒盅。

关节、肢体麻木沉重为主者：

（1）豨莶草1两，用黄酒拌匀，蒸熟，晒干，研面炼蜜为丸2钱重，每次一丸，日服二次。

（2）当归6钱，蜈蚣2条，甘草1钱，共研成细末，每次6分～1钱，黄酒调服，每日二次。

（3）麻黄、蜂房、寄生、黄柏、甘草各等

分，共研末，每次1～2钱，每日二次。

（4）淫羊藿、川芎各3钱，威灵仙、苍耳子各2钱，细辛1钱，共为细末，每次1钱，日服二次，黄酒调服。

3．止痛药：可酌情给镇痛片、安乃近或度冷丁等。

4．0.25～1％普鲁卡因10～20毫升，局部封闭。可5～7天重复封闭一次。

5．风湿关节炎可给抗风湿药物。

6．因损伤感染引起腰腿痛，可给消炎药物。

7．腰椎间盘脱出时可行推拿疗法。

（1）局部麻醉：

将0.25％普鲁卡因80～100毫升，注射于腰4～5和骶1的两侧椎板及两侧肌肉处，注射时要求严格无菌操作，并注意不要注入脊髓腔。

（2）推拿手法：

第一手法——按抖下腰部：病人俯卧位，下胸及髂股部各垫一枕，使下腰部稍悬空，两端由助手牵引，术者快速按抖腰骶部，每次持续约一分钟，共6～8次（图12—50）。



图12—50 按抖下腰部

第二手法——斜

搬：患者侧卧，屈曲上面的膝关节，术者用一手掌按病人肩部，另一手按臀，两手同时前后摆动，一手向前，另一手向后；然后一手稳住局部，另手向前推臀，可发出一响声，一次即可。再侧卧于另一侧，用同法作一次斜搬（图12—51）。



图12—51　斜　搬

第三手法——抖臀：病人侧卧，贴床一侧的髋、膝关节弯曲，在上面的髋、膝关节伸直，并予以牵引，上端在两腋予以反牵引。术者将棉垫置于上面腿的臀股部，用手对坐骨结节处快速向头侧推抖，每次约1分钟，共推6～8次（图12—52）。



图12—52　抖　臀

第四手法——按抖下腰部：病人俯卧位，胸部垫枕，两助手用肩部各扛一腿（股部），使下腰呈过伸位，腹部悬空，操作如第一手法。

为了使软组织有修复机会，按抖后应卧床休息1～2周。

8．腰椎间盘脱出及膝半月板损伤，如果非手术治疗无效，可考虑手术治疗。

下肢静脉曲张

诊断

1．下肢尤其是小腿浅静脉发生弯曲、扩张及突出，站立时间较长时更明显。

2．患者常有下肢沉重感，易疲乏。病期长者可有足部水肿，小腿皮肤色素沉着或形成溃疡。

治疗

1．轻微静脉曲张可用绑腿或弹性绷带包扎，避免病变发展。

2．注射疗法：适用于小范围静脉曲张。方法：将硬化溶液（5%鱼肝油酸钠2毫升或50%葡萄糖液5～10毫升）注入排空之静脉内，使内膜发生炎症产生血栓，以闭塞静脉腔。操作方法：患者平卧，注射针刺入静脉内（抽有回血），用两手指驱除静脉内血液，注入药物，拔出针头，用棉球压迫，外贴胶布后再盖纱布，并用绷带加压包扎，以防药液漏出并可使药液与血管紧贴。包扎后即可下地活动。三星期后解除绷带。

3．手术：高位结扎大隐静脉或切除，效果良好。

4．中草药：

治小腿溃疡：

（1）铅丹1份，樟脑3份，研成面，干撒或摊在膏药上贴患处。

（2）大黄1两，甘草2钱，研成粉，撒于患处。

（3）鸡蛋黄油：将患处用花椒水洗净，涂蛋黄油，每日三次。

（4）苦参研成面，用猪胆汁调敷患处。

（5）煅石膏4钱，黄柏1钱，五倍子4钱，研成面，用麻油调，搽患处。用于久烂不愈者。

（6）蚯蚓（大）30～50条，用凉水洗净放在杯内，吐出泥土，约2～3小时后再洗净，撒白糖半两，放在冷暗处，经12～15小时，蚯蚓体内水分渗出与糖溶化，成了一种淡黄色粘液。然后去掉蚯蚓，将溶液过滤，煮沸消毒，用纱布浸滤液敷患处，每日或隔日一次。

（7）五倍子（炒黄）、白矾（枯干）、松香（飞过）、官粉（炒黄）、银珠各6钱，研成细末，用香油调敷患处。

血栓闭塞性脉管炎

本病在东北地区常见，是一种慢性血管炎症。表现血管内血栓形成，管腔闭塞。多发生在下肢的

中、小型动脉。

诊断

患肢发凉、麻木，颜色改变和酸痛，严重时有剧痛，趾、指可发生坏死。行走时常有间歇性跛行，检查摸不到患肢远端动脉搏动（如小腿、足背及胫后动脉）。

治疗

应戒烟（因吸烟可使血管痉挛）；局部保温或经常给予热敷；避免过于劳累。

1. 新医疗法：

新针：上肢：曲池、合谷；下肢：殷门、阳陵；经穴（见199页）。

2. 中草药：

四妙勇安汤：元参3两，双花3两，当归2两，甘草1两，水煎服，每日一次。

3. 2.5%硫酸镁溶液100毫升，静注，每日一次，15次为一疗程。

4. 动脉内注射1%普鲁卡因10～20毫升，或肾囊封闭。

5. 血管扩张药：烟酸片0.05～0.1克，一日三次口服；妥拉苏林25毫克，一日3～4次口服。

6. 促进侧枝循环，增加血运，有一定疗效。方法：第一步下肢抬高45度2～3分钟，第二步足

垂于床沿3～5分钟，第三步足放平2分钟。每回作五次，每次作2～3回。

7. 坏死组织切除及截肢：坏死趾（指）切除应慎重处理，如无特殊痛苦，可任其自行脱落。

化脓性骨髓炎

凡由化脓性致病菌引起的骨组织感染都称化脓性骨髓炎。引起骨髓炎的感染途径一般有：细菌从体内其他感染灶经血流而达骨内；附近软组织感染直接蔓延到骨内；或外伤后细菌直接侵入。

诊断

1. 局部有红、肿、热、痛症状，影响功能，病情久者可形成瘘管，流出脓汁和小块死骨片。

2. 全身不适、发热（可达40～41°C左右），化验白细胞增高（可达2～3万以上）。

3. X线检查：病情较长者可见骨膜和骨质增生、破坏或死骨形成。

治疗

1. 中草药：

早期：高热，局部红肿热痛，以清热消炎为主。蒲公英1两，银花6钱，连翘、黄柏各5钱，赤芍、归尾各4钱，生甘草2钱，水煎服，每日1～2剂。化脓时宜清热排脓。上方加炙穿山甲2

钱，皂角刺3钱。破溃后热退宜调补气血，用补中益气丸，每日二次，每次服2钱。

2. 早期使用足量的抗菌素药物。

3. 抬高患肢，用适当夹板保护，可减轻疼痛，避免病理性骨折发生。

4. 全身支持疗法：纠正水电解质失衡，少量多次输血，给予充分易消化的营养品。同时避免发生褥疮及口腔感染。使用止痛剂，让患者得到较好的休息。

5. 病情较长，已形成窦道、空洞或有死骨时，应进行手术治疗。

急性化脓性关节炎

化脓性关节炎为化脓性细菌引起的关节急性炎症。多发生在髋关节、膝关节及肘关节等处。

诊断

1. 发病早期关节肿胀，触及有波动。若病变在膝关节，则伸直患肢下压髌骨时，可有浮动感（下沉）。

2. 严重时患者常有高热（39～41°C），关节局部有明显红、肿、热、痛，呈屈曲状，活动受限。

3. 化验：白细胞总数增高。

4. 关节穿刺可抽出脓液。

治疗

1. 中草药:(参见化脓性骨髓炎)

2. 给抗菌素药物治疗，如青霉素40万单位肌注，一日2～4次。或并用链霉素。

3. 局部治疗应行关节穿刺，抽尽积液(脓汁)，用盐水冲洗，然后注入青霉素20～40万单位，链霉素0.5克，每日或隔日一次。

4. 若脓肿形成，应早期切开排脓。

5. 患肢应适当固定，维持功能位置，以减轻疼痛，防止及纠正挛缩畸形。待炎症消退后，及早开始关节功能运动。

肿 瘤

人体的各种组织、细胞都是按一定规律生长发展的，保持功能和形态的正常。但有些组织和细胞离开了这个规律，形成病理性增生，其结构与原组织不完全相同。

根据肿瘤组织细胞的性质和生长特点，可把肿瘤分为良性肿瘤及恶性肿瘤。

良性肿瘤:

良性肿瘤的特点是生长较慢，有时可达到巨大体积，常有包膜与周围组织分界明确，无转移现象。

常见的良性肿瘤有:

脂肪瘤：瘤组织与正常脂肪组织相同，柔软，外有纤维包膜。常见于肩部、臂部的皮下组织内。

纤维瘤：由纤维结缔组织构成。生长缓慢，表面光滑，有弹性和移动性。皮肤及皮下组织较常见。有时与其他组织混合组成，如乳腺及子宫的纤维腺瘤。

软骨瘤：由软骨组织构成，坚硬呈结节状，生长缓慢，常发生于长骨干骺端。

血管瘤：多由毛细血管扩张或增殖形成，表面呈暗紫色，头面部较多(有自愈倾向)，但在肿瘤增长迅速或有出血、感染时，应彻底切除。

畸胎瘤：含有各种不同的组织细胞和器官，如皮肤、毛发、骨骼等。大小不等，为良性肿瘤，但易恶变。多在腹内或尾骶部。

皮脂腺囊肿(粉瘤):由于皮脂腺管阻塞引起，较硬，多见于面部，与表皮有粘连，有一发青点。

腱鞘囊肿：生长于腱鞘附近，囊肿坚硬，内有胶状液体，位于皮下，多见于手腕背面，

恶性肿瘤:

恶性肿瘤的特点：生长快，向周围组织广泛浸润，与正常组织无明显分界，多形成粘连，移动性小。肿瘤表面无包膜呈结节状，瘤组织易发生坏死、出血、感染。此外由于肿瘤生长迅速可产生压

迫、刺激和疼痛等症状。瘤组织细胞易经血流或淋巴系统转移。

常见的恶性肿瘤有：

癌：由上皮组织衍变而成，无痛性生长，一般初时形成硬结或糜烂，以后破溃呈菜花样，向周围组织扩散较快，边缘与基底坚硬。发生在具有上皮细胞的器官。癌是恶性肿瘤最多的一种。常见的癌有子宫颈癌、胃癌、乳腺癌、肺癌、结肠癌、食道癌等。

肉瘤：由不分化或不成熟的结缔组织细胞构成。肉瘤生长迅速，常侵入邻近组织或器官。瘤组织易发生坏死而造成出血或形成囊腔。因血液供应丰富故局部发热。转移常沿血液散布至肺部。常见的肉瘤有纤维肉瘤、淋巴肉瘤、骨肉瘤等。

几种恶性肿瘤的诊断

病名	概说	诊断
乳腺癌	1. 多发生在中年以上妇女。 2. 常由乳腺纤维瘤、乳头状瘤转化而来。	1. 早期多无痛，单发的小肿块、质硬，表面不光滑。 2. 癌部皮肤凹陷呈桔皮样。 3. 如破溃，常有恶臭和出血。 4. 有转移可查到腋窝淋巴结或锁骨上淋巴结肿大。
胃癌	1. 常由胃溃疡、胃息肉、慢性胃炎等转化而来。 2. 多发生在成年人。	1. 早期多无明显症状或很轻微，如胃区不适、无规律性疼痛，嗳气、反酸。患者可消瘦无力。 2. 可出现黑便或呕血。 3. 发生梗阻症状时可有恶心、呕吐。 4. 空腹时触诊常可触及硬性包块。 5. 胃钡餐透视有诊断价值。 6. 转移时可触及左锁骨上淋巴结肿大。
肺癌	好发于老年男性	1. 长期咳嗽不愈，痰中带血。 2. 晚期可有胸痛和血胸。 3. X线检查有诊断价值。 4. 痰中能查到癌细胞。
结肠癌	常由溃疡性结肠炎、结肠腺瘤、息肉等而来。	1. 大便带血、粘液或脓。 2. 有肠道刺激症状，持续性钝痛、腹泻等。 3. 可有慢性肠梗阻症状、腹胀、便秘等。 4. 有时腹部可触到呈多结节性、坚硬、条状肿物。

我国广大的医务工作者高举毛泽东思想伟大红旗，在治疗肿瘤方面，创造了不少新方法，救治了许多被修正主义医疗卫生路线宣判为“不治之症”的肿瘤病人。一位飞行员怀着保卫毛主席，保卫社会主义祖国的赤胆忠心，以顽强的革命意志配合治疗，战胜癌症重上蓝天的事实，雄辩地证明了毛主席的无产阶级医疗卫生路线是无比英明正确的。我们“赤脚医生”要努力活学活用毛主席的光辉哲学思想，发扬无产阶级彻底革命精神，敢于走前人没有走过的路，大胆创新。特别要深入挖掘祖国医学遗产，利用土方、验方、中草药等，为根治“肿瘤”而斗争。

治疗

良性肿瘤一般均行手术切除。恶性肿瘤可采取以下方法治疗。

1．卤碱：成人每次1～4克，每日3～4次，饭后服。

2．乌梅卤水：成人每次 2～5 毫升，每日六次，饭前、饭后各服一次。

3．中草药：

（1） 葵树子 1 两，煎服，每日一剂，对鼻咽癌、食道癌有一定疗效。

（2） 白花蛇草 2 两，半枝连 1 两，水煎服，每日一剂，对早期肺癌，直肠癌有一定疗效。

4．化学药物：常用的有氟脲嘧啶、噻替哌、环磷酰胺、抗癌片等。

5．放射线治疗。

6．手术治疗。

結核疾病

颈淋巴腺结核

颈部淋巴结核，中医总称“瘰疬”，俗称“鼠疮”，多见于儿童和青年。由结核杆菌自口腔、龋齿、鼻咽、喉侵入所致。

诊断

1．颈部一侧或两侧淋巴结肿大、较硬，但无痛，可以移动。发生炎症与周围粘连时则固定成硬块。

2．肿大淋巴结可变软溃脓（寒性脓肿或冷脓肿），流黄白色米汤样脓汁，形成瘘孔，经久不愈。

3．患者可有结核病史或结核接触史。

4．全身症状可有头痛、厌食，下午有微热，盗汗。血沉快。局部穿刺可抽出白色米汤样脓汁。

预防

保持口腔卫生，及时治疗扁桃腺炎和龋齿，以防止结核菌入侵。体弱者应注意营养。

治疗

1. 新医疗法:

新针(见158页);截根法(见213页);割治(见215页);挑治(见217页)。

2. 中草药:

内服:

(1) 夏枯草1两, 水煎服。

(2) 僵蚕研成面, 每次1钱, 一日三次。

(3) 猫爪草2两, 水煎服, 日分三次, 可用到10斤。

(4) 蒲公英5两, 水红子3两, 共为末, 每次0.5～1钱, 一日三次。

(5) 元参5钱, 生牡蛎4钱, 浙贝3钱, 赤芍3钱, 夏枯草3钱, 当归2钱, 水煎服。

外用:

(1) 青核桃连皮一个, 捣烂敷患处。

(2) 鲜黄柏果实、白矾捣烂敷患处。

(3) 五倍子9份, 雄黄1份, 共研成面, 用蜜调敷患处。

(4) 雄黄、明矾、枯矾各等分研成末, 用凡士林调膏, 敷患处, 每日换一次。

3. 局部治疗:

(1) 2.5%雷米封2～4毫升,链霉素0.1～0.2克在淋巴结周围注射。

(2) 化脓时及早切开搔刮。合并感染时, 切开引流。

骨与关节结核

骨与关节结核中医叫“流痰”,俗称“骨痨”。多继发于肺结核或内脏结核。常见的有脊柱结核、髋关节结核和膝关节结核。

诊断

1. 询问有无结核病史、结核病接触史和外伤史。作全身检查, 有无呼吸、消化、泌尿、生殖系及淋巴腺结核。

2. 全身有结核病中毒症状, 如下午发热、夜间盗汗、体质消瘦、虚弱等。

3. 局部症状: 早期局部症状表现轻微疼痛、休息时疼痛减轻, 运动时疼痛加剧。机体为了减轻疼痛, 常出现反射性肌肉痉挛, 使关节保持固定状态, 因而形成运动障碍。

小儿患者夜间睡眠时, 因肌肉松弛, 患肢偶一活动, 便出现剧痛, 以致常有夜间啼哭。

局部检查疼痛及压痛, 病程发展可有关节肿大, 肌肉萎缩, 功能受限, 以致畸形。甚至可见脓肿破溃形成的瘘管及窦道。

4. 化验: 血沉快。

5. X线检查: 显示骨质疏松, 关节间隙变

狭。严重时有骨质破坏及寒性脓肿形成。

各部位结核病特点：

颈椎结核：颈部旋转运动受限，患者常用双手托头。有寒性脓肿时，可因脓肿压迫引起呼吸及吞咽困难，压迫颈神经根时可出现上肢运动及知觉障碍。

胸椎结核：低位结核患者不能做弯腰运动，当神经根受刺激时，出现沿肋缘放散痛，晚期常形成脊柱后凸，可因压迫脊髓形成截瘫（下肢瘫痪、大小便潴留或失禁等）。

腰椎结核：腰部挺直如板状，不能弯腰拾物，晚期有后凸或侧凸畸形及压迫脊髓形成截瘫。寒性脓肿大多出现在下腹及大腿内侧。

髋关节结核：活动受限，可有跛行。局部压痛，疼痛可向膝部放散。患儿常因夜间局部疼痛啼哭。早期即可出现畸形。患肢缩短，大腿肌肉萎缩。寒性脓肿可出现于髋关节附近或大腿外侧远端。

膝关节结核：早期活动受限，不能屈伸，关节可肿胀。局部肌肉萎缩。晚期可有关节脱位，强硬，膝部形成内翻或外翻畸形。寒性脓肿可发生在膝关节及其周围。

治疗

骨关节结核是一种慢性疾病，常继发于身体其他部位结核病，因此，在治疗局部的同时，应积极治疗全身结核病。帮助病人树立战胜疾病的信心，

加强营养，增强体质。

1．中草药：

外用

（1） 蜈蚣2条，焙干研细末，蓖麻子3钱，去皮炒黄，松香3钱，共捣成膏，贴于患处。

（2） 蒜楷子1两（烧存性），轻粉3分，共研细末上疮孔。

（3） 章丹、银珠、轻粉各2钱，蜈蚣4条，蟾酥1分，共研末入一斤香油中浸泡数日后，涂于患处，每日一次。

（4）大黄1两，乳香、没药、草乌各1钱，共研为末，用蜜调敷于患处。

内服

（1） 乌稍蛇干后研成细末，每日二次，每次2钱，白开水送下。

（2） 露蜂房、头发各等分，共烧存性研面，每日三次，每次3分，黄酒冲服。

（3） 炙马前、甲珠各5钱，僵蚕1钱，共研细末，用黄米粥调制如小豆大丸，每次11丸，每日服二次。服5～7日后加2丸，直加到每次服23丸为止。病在腰部加杜仲4两，在上肢加桂枝4两，在下肢加牛膝、木瓜各2两。

2．给予链霉素、对氨柳酸钠及雷米封等药物。

3．局部治疗：卧床休息，固定肢体于功能位置，抽出关节腔内积液，注入链霉素（每三日1克）。脊柱结核应卧硬板床3～6个月，好转后在腰背支架保护下逐渐加大活动量。

4．手术治疗，如病灶清除、关节融合术等。

外科小手术

消毒与灭菌

用化学药物消灭体表、伤口、器械及物品上的细菌，称消毒。利用煮沸、蒸气、火焰等物理方法，消灭器械、敷料及物品上的细菌，称灭菌。目的在于预防感染，使伤口及早愈合。因此，我们必须严格要求，认真做好消毒与灭菌工作。

1．常用的消毒剂：

（1） 2～4%碘酒。

（2） 70%酒精。

（3） 0.5～1‰新洁尔灭。

（4） 1～2%来苏儿溶液适宜洗手消毒，5～10%来苏儿溶液适宜排泄物（如粪、痰、脓汁等）的消毒。

（5） 2～5%红汞水，宜用于粘膜、会阴部及小儿皮肤消毒。

（6） 1～2%龙胆紫（紫药水），适用于皮肤、粘膜的消毒。

（7） 1∶5000过锰酸钾液，用于坐浴及会阴部的消毒。

（8） 其他消毒剂如3%双氧水，3%硼酸水、1∶5000呋喃西林液等。用于感染创口的消毒。

2．常用消毒、灭菌法：

（1） 煮沸灭菌：适用于金属器械、玻璃类、搪瓷类、橡皮手套及丝线等能耐热、耐温物品的灭菌。要把灭菌物品用肥皂及清水洗净，用纱布分别包好，浸泡于清水中，盖严后煮沸，自沸腾开始计算时间，一般需10～15分钟。如配成2%碳酸氢钠液，可提高水温达105°C，不仅消毒彻底，而且可以防止金属器械生锈。如接触过破伤风、气性坏疽等传染病菌的物品，要煮沸45分钟。

（2） 蒸气灭菌：适用于纱布、绷带、棉花、敷料、手术衣、手术巾等能耐热、耐潮而且需要干燥的物品灭菌。将要灭菌的物品用布包好，放于锅帘上或笼屉内，盖严。水开后再蒸2～3小时，蒸好后把包取出，晾干备用。

（3） 火焰灭菌：病人用过的脸盆、换药碗、镊子等一般用煮沸消毒，但因某些原因来不及煮沸，可在碗（盆）内倒入95%酒精，点火燃尽，灭

菌后使用。

3．皮肤的消毒：

（1） 手术人员洗手消毒步骤：

① 先用肥皂刷手5分钟。由指尖至肘上三寸要彻底刷洗，然后用无菌巾或纱布拭干。

② 双手及前臂放在70%酒精或1：1000新洁尔灭中浸泡五分钟。

③ 紧急洗手法：洗净双手及前臂后，用2%碘酒涂擦（指尖至前臂），然后用70%酒精脱碘。

（2） 患者手术野皮肤的准备及消毒：

① 术前用肥皂及清水洗净手术野皮肤，并剃毛。

② 手术时，手术野皮肤用2%碘酊涂擦，待干后再用70%酒精脱碘两次。会阴、粘膜及小儿皮肤不用碘酊消毒（用2%红汞消毒）。

局部麻醉

用麻醉药把身体某一部分组织的痛觉暂时阻断，以便手术或检查。常用的局麻方法如下：

1．浸润麻醉法：0.25～1%普鲁卡因注射到手术区内各层组织，达到麻醉目的。适用于脓肿切开引流、组织内异物取出、骨折复位、疝气修补术、阑尾切除术等小手术。是局麻中应用最广的一种方法。

2．区域阻滞麻醉法：将0.5～1%普鲁卡因注射于手术区的周围，达到手术区疼痛感觉暂时丧失。适用于小肿瘤切除术（图12—53）。

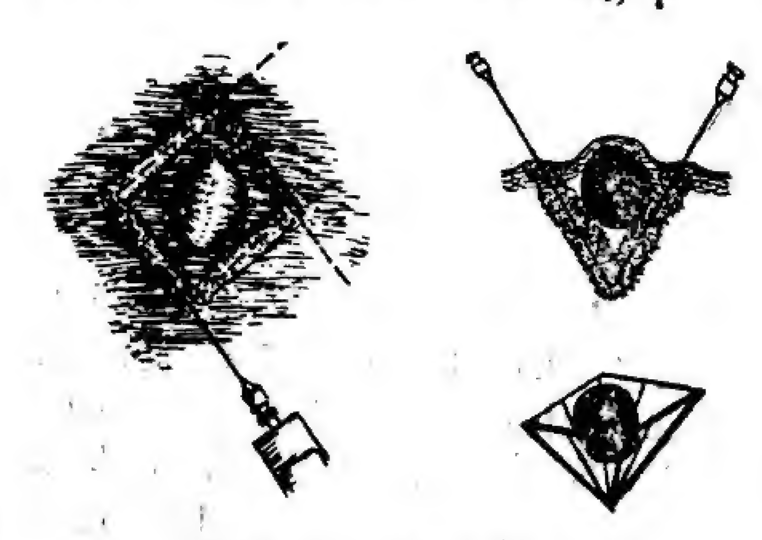


图12—53 区域阻滞麻醉法

3．神经阻滞麻醉法：把1～2%普鲁卡因注射于神经干的近旁，使这一神经所支配的区域产生麻醉。

指（趾）神经阻滞：将1～2%普鲁卡因注射在手指根部两侧。先打个皮丘，然后由皮丘沿皮下向掌面及背面，边进针边注药，一般药量为4～5毫升。适用于手指清创术、脓性指头炎切开引流或拔甲术等。

注意事项

（1） 术前应先做普鲁卡因过敏试验。取

0.25%普鲁卡因 0.1 毫升，在前臂掌侧面下 1/3 处作皮内注射，隔20分钟后检查，若注射周界较原来扩大且有红肿时(直径大于1公分)，为阳性反应，表示对普鲁卡因过敏。

（2） 注意无菌操作。

（3） 注射药液前，要多次抽吸，观察有无血液，防止将麻醉药直接注入血管内。注药时速度要缓慢。

（4） 麻醉前给巴比妥类药物，减少普鲁卡因中毒（如鲁米那 0.1 克口服）。遇有反应时，立即停止注药，让患者休息一会或肌注盐酸麻黄碱0.03克（1 毫升），大都自愈。有过敏休克时，立即肌肉注射 1：1000 肾上腺素 1 毫升或新福林10毫克。针刺人中、十宣等穴。

器材用具：

（1） 10毫升注射器一付，针头2～3个。

（2） 2%碘酒棉球及70%酒精棉球。

（3） 无菌孔巾一块。

（4） 消毒手套一付。

（5） 所用局麻药品（0.5～1%普鲁卡因）。

外科小手术基本操作

进行外科手术，需要掌握必要的理论知识和基本操作方法。

1. 切开：

手术切口的选择必须易于接近病变处，切口的大小以能充分暴露病变处为原则。较深的切口尽可能选择与神经、血管、肌肉、肌腱等重要结构平行的方向，以减少损伤。同时注意尽可能不使切口越过关节处，以免因疤痕收缩而造成畸形。



图12—54　执笔式持刀法

作一般小切口时可用小刀，用执笔式持刀法切开皮肤（图12—54）。下刀时刀片平面应与皮肤面垂直，并应一次切完全长。若中途提起刀片再切或延长切口时，切口边缘常不易整齐。筋膜与肌肉应尽可能沿其纤维方向分开，尽量不切断。

2. 止血：

止血是手术的重要步骤之一，若出血不能制止时即有发生休克的危险，严重出血不能制止甚至可导致患者死亡。手术野内出血较多易使组织界限及层次不清，给手术带来困难。伤口内积血过多易使伤口感染，愈合延迟或留下过多疤痕。

（1） 止血方法：

① 纱布压迫止血法：一般小出血点可用湿盐水纱布扭干后按压止血。

② 止血钳止血法：稍大出血点及任何可见血

管出血，可用止血钳夹住，再行结扎止血。

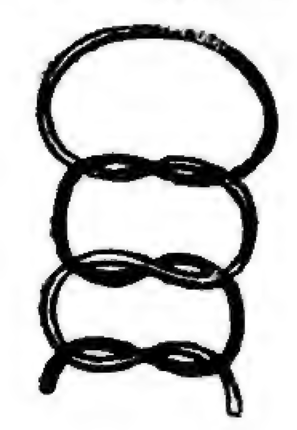
③　干纱布填塞止血法：对较广泛创面渗血，可用干纱布填塞于伤口内，加压包扎止血。按伤部出血情况酌情在48～72小时后取出纱布。

（2）　止血技术：

切开皮肤及皮下组织后，暂时用纱布压住出血处，再用止血钳钳夹止血。夹时尽量少夹组织。较大的血管应尽可能分离清楚后用两把止血钳平行夹住，再于其间切断，而后分别结扎。较大血管切断后，近侧均须双重结扎。结扎线应扎紧，防止滑脱。

3．结扎：

为手术中重要步骤之一。结扎线常用丝线、羊肠线或金属丝。线结的种类常为方结及三重结（图12—55）。结扎方法常用单手打结法（图12—56），双手打结法（图12—57）及止血钳的打结法（图12—58）三种。



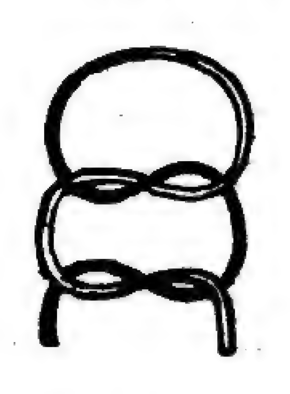


图12—55　方结及三重结

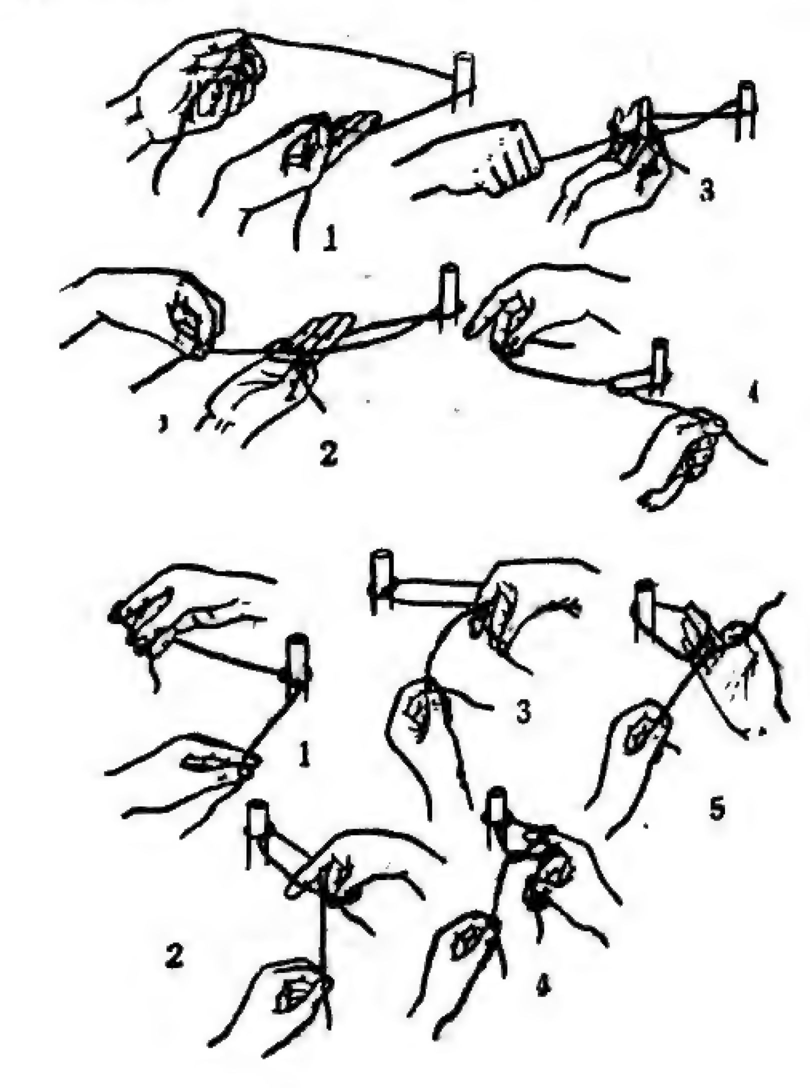


图12—56　单手打结法

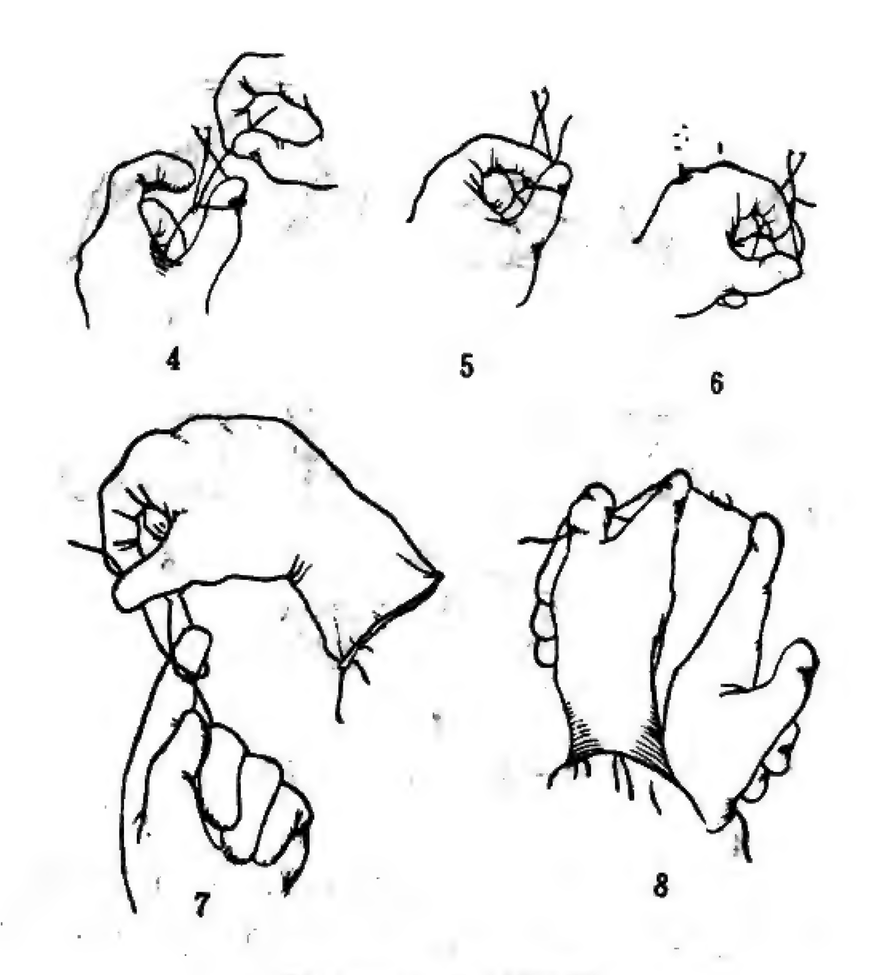
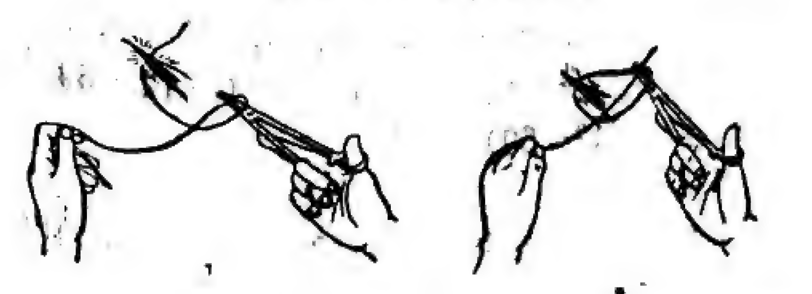


图12—57　双手打结法



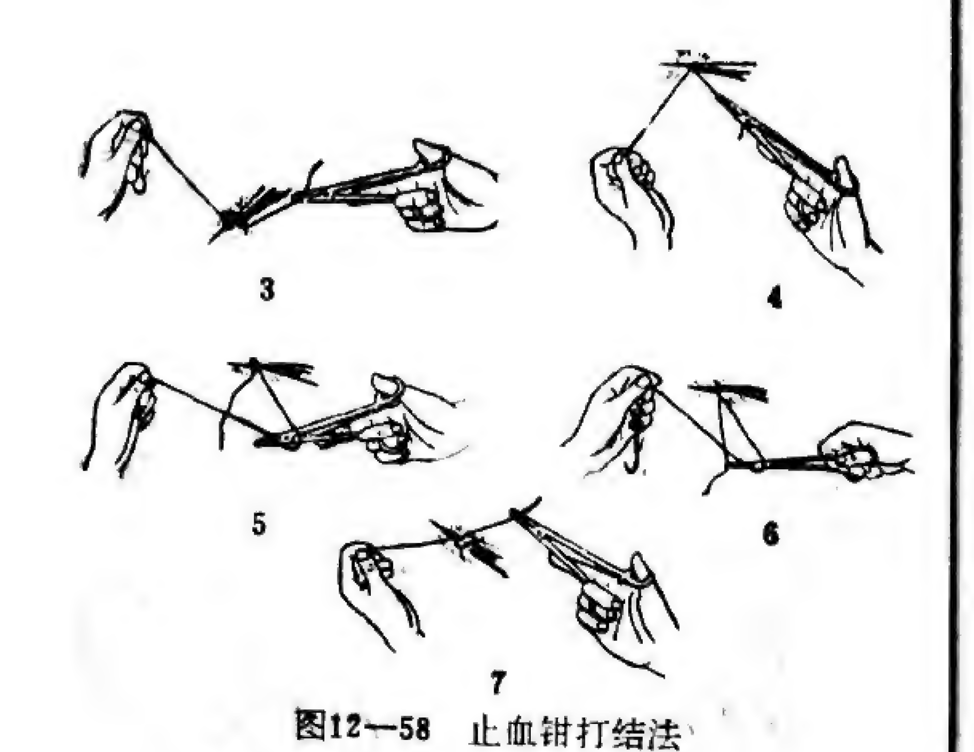


图12—58 止血钳打结法

4. 缝合：

要缝合的伤口，应彻底清除坏死组织及异物。无菌伤口用丝线缝合。有感染或污染的伤口可用能吸收的缝线（肠线）缝合。缝合时应分层进行，创缘皮肤必须对准，不应内卷、外翻，缝线不要过紧过松。最常用的缝合法有间断缝合（图12—59）及连续缝合（图12—60）。

5. 拆线：

埋入组织内的缝线不必拆除。不能吸收的皮肤缝线均须于适当时期拆除。拆除时间应根据皮肤张

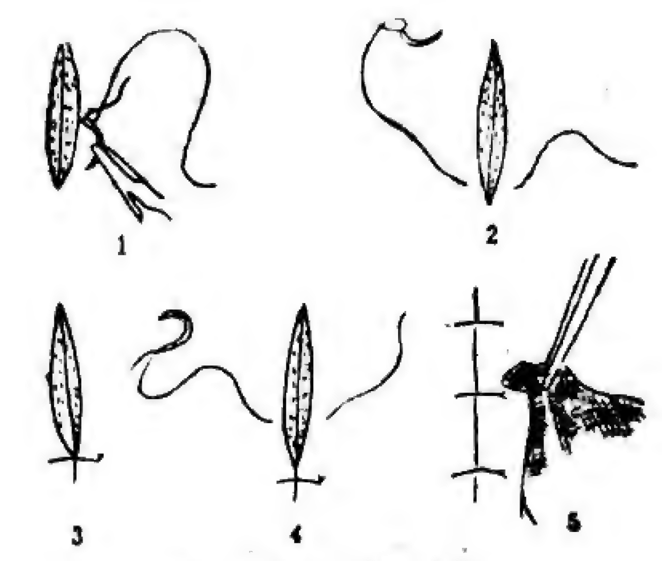


图12—59 间断缝合法

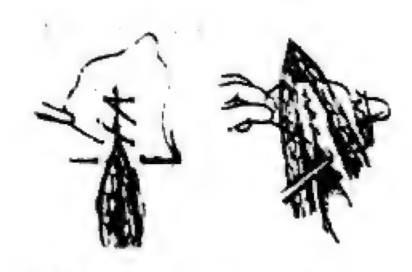


图12—60 连续缝合法

力大小、伤口愈合情况及患者营养状况等因素决定。一般的在术后七天拆线。头、面、颈部手术，术后五天可拆线；四肢、胸、背等张力较大的部位术后8～10天拆线或做间断拆线。拆线后如皮肤张力较大，可用蝶形胶布固定，以防刀口裂开。

拆除缝线的方法：用酒精消毒缝合处的皮肤及缝线，用镊子提起线头，把埋于皮下部分缝线露出，在该处剪断，轻轻抽除（图12—61）。

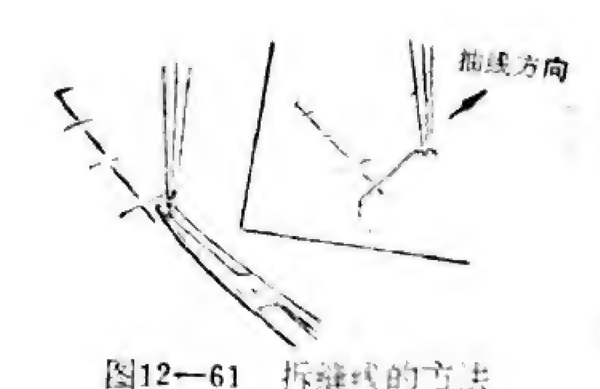


图12—61　拆缝线的方法

注意勿使缝线外露部分经过伤口内抽出，以免感染。

伤口换药

换药就是更换敷料，目的是观察与清洁伤口，促使伤口的愈合。

1. 换药前准备：

（1）　器械用具：可因地制宜，就地取材。一般准备：

①　换药碗两个。其中的无菌药碗装无菌镊子、剪刀及清洁敷料。另一只药碗装换下来的污染敷料（也可用废纸包裹污染敷料）。

②　无齿镊子两把。

③　消毒剪刀一把。

（2）　常用药品与敷料：

①　酒精棉球与盐水棉球。

②　凡士林油纱布，用于清洁伤口，保护肉芽。

③　1：5000呋喃西林纱条，0.9%生理盐水纱条或1：5000高锰酸钾纱条，用于感染伤口湿敷或引流。

2. 步骤：

（1）　揭开伤口上的敷料，外层用手拿掉，贴近伤口的敷料用镊子揭去。揭的方向要和伤口方向一致，动作要轻柔，与创面粘连的敷料，湿润后再揭。

（2）　用70%酒精棉球消毒伤口周围皮肤，由内向外擦拭，勿使酒精流入伤口。

（3）　用盐水棉球轻轻沾掉伤口内的分泌物，干净为止，异物要清除，坏死组织要剪去。

（4）　根据伤口情况，创面盖油纱布或药物湿纱布。

（5）　用消毒干纱布敷盖包扎。再用绷带或胶布固定敷料。

注意事项：

（1）　先换无菌伤口，后换感染伤口。

（2）　换药间隔时间视伤口情况而定。分泌物少的可2～3天更换一次，分泌物多的可每日一次或一日数次。

（3）　换药时应注意伤口引流是否通畅，如分

泌物积聚，应扩大伤口或放引流条。

脓肿切开术

表浅的软组织脓肿，在局麻下切开排脓。

1. 切口选择：

（1） 一般在波动最明显或最隆起处切开。

（2） 大脓肿应在脓肿最低位置切开，以利引流。切口大小应以保证引流通畅为准。

（3） 切口要避开大血管及神经干。

（4） 切口方向要与皮纹一致，关节附近一般作横切口。

2. 切开方法：

（1） 一般用局部浸润麻醉或氯乙烷表面麻醉。

（2） 除表浅脓肿诊断已明确外，一般术前先作试穿确定脓腔位置。

（3） 表浅脓肿先用刀尖切一小口达脓腔，然后用止血钳插入轻轻分开，排出脓汁，探明方向后再扩大切口（图12—62）。

（4） 较深的脓肿经穿刺证实后，穿刺针不要拔出（做切口标志），沿针作切口达脓腔，再用戴消毒手套的手指伸入脓腔，探明位置，扩大切口，并将脓腔内间隔打通，以利引流。

（5） 表浅脓肿切开后用盐水纱条或油纱条松

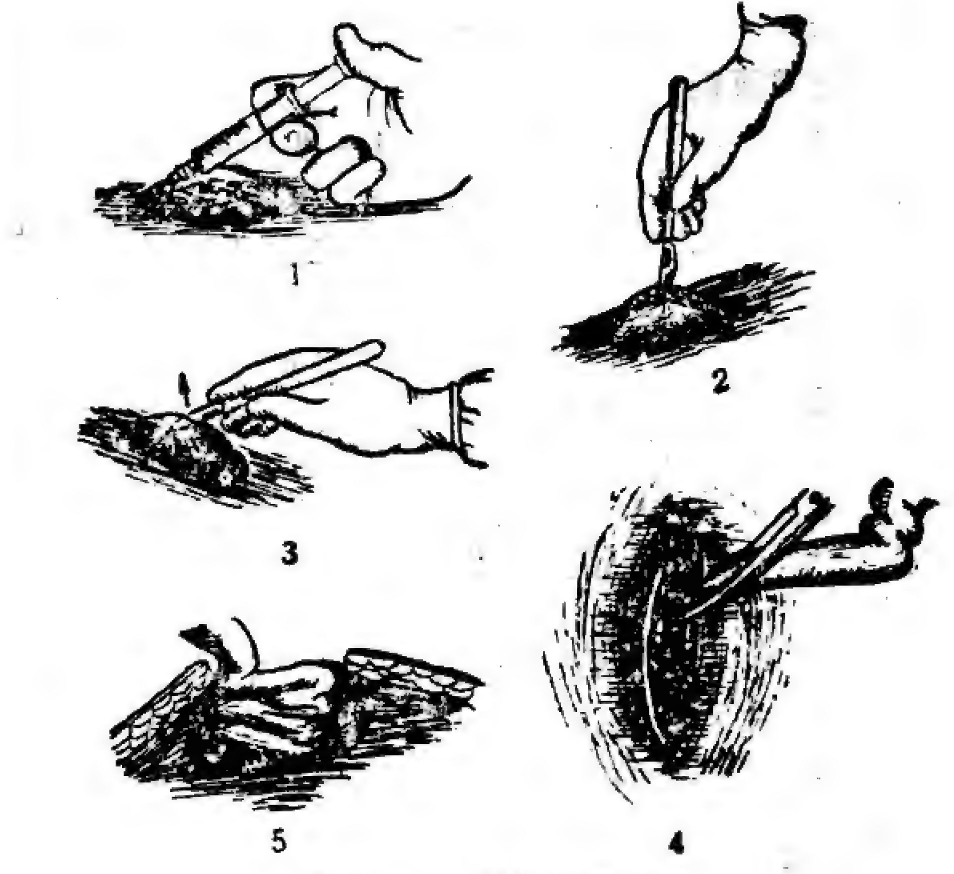


图12—62 脓肿切开术

松填塞。较深脓肿要放引流，如橡皮条引流、或“烟卷”引流等。

（6） 手术后，用消毒干纱布包扎。

清 创 术

清创是指清洗创面，修整创缘，去除创口内的异

物和切除坏死组织等，促进新鲜创口的早期愈合。

处理原则

1．开放性损伤如发生在6～8小时以内，创面比较干净，经清创后创口作一期缝合。头面部的创口若污染不严重，虽时间较长（24小时以内），经彻底清创后亦可作一期缝合。如创面过大，污染严重，清创后可行延期缝合或二期缝合。

2．已有感染的创口，不应进行清创，而给予换药，积脓时可切开引流，不作缝合。

3．开放性损伤伴有危及伤员生命情况时，如窒息、大出血、休克、虚脱等，应首先急救处理，然后处理创口。

4．合并大血管、神经、肌腱、骨、关节损伤时，必须手术修复。

5．损伤后撕脱的头皮，可尽量缝合。断肢、断指（趾）应尽最大努力进行再植。

方法

1．以无菌纱布遮盖伤口，剃去伤口周围毛发，并用肥皂水、温开水或消毒剂将伤口周围皮肤擦洗干净。

2．在局麻或其他麻醉下，用生理盐水、肥皂水、温开水或1∶1000新洁尔灭冲洗伤口，将创面上的污物冲掉。

3．2％碘酊和70％酒精消毒创口周围皮肤

（阴囊、会阴及粘膜处的伤口用1％硫柳汞或2％红汞水消毒），铺无菌巾。

4．在局麻下，用锐刀将不整齐的伤口沿创缘切除1～2毫米宽的皮肤（头面部仅作修整，不作切除）（图12—63）。并扩大皮肤及深筋膜的伤口。

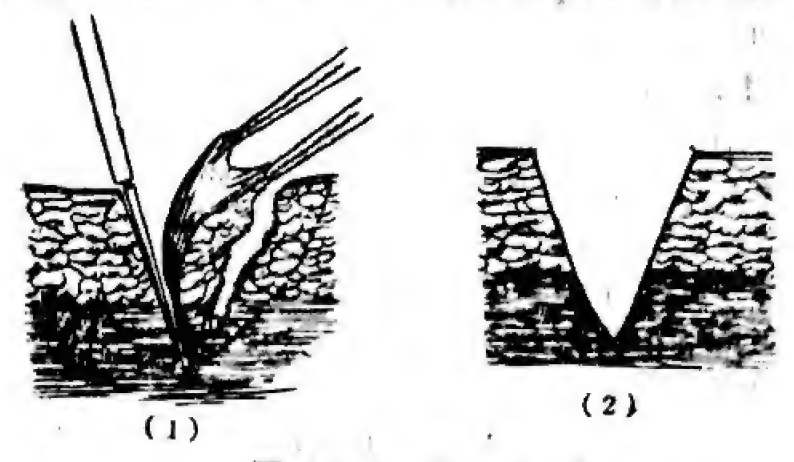


图12—63　清　创　术

5．另换一把无菌手术刀（或用消毒剪刀），切除坏死组织；清除创口内的异物和血肿；有出血点时给予结扎止血；断裂的大血管、神经、肌腱予以缝合；断裂的肌肉尽可能逐层缝合；骨折要复位。

6．创缘周围皮肤再次消毒，并用无菌生理盐水冲洗伤口后缝合；若损伤时间短、创面干净的作一期缝合；损伤时间长、污染严重的可作间断全层缝合或二期缝合（即经一次处理后，5～7天内无炎症表现、创缘还未固定时，再行全层缝合）。

7. 缝合时不要留有残腔。伤口大，渗出液多时，要放橡皮条引流。最后用无菌敷料包扎伤口，一般8～12天折线（应根据具体情况灵活掌握）。

8. 严重损伤应肌注破伤风血清1500国际单位（先做过敏试验）。

9. 抗感染：

（1） 中草药：

常用清热解毒草药：蒲公英、紫花地丁、金银花（藤）、板蓝根、野菊花、元宝草（红旱连）、羊蹄、半枝莲、鬼针草、鸭子食、半边莲等，任选一至数种，鲜草1两或干草5钱，水煎服。生山梔、连翘、黄芩、黄柏，3～5钱，水煎服。

（2） 中成药：

解毒消炎丸：成人每次4～6丸，日服三次，须饭后服用。

牛黄解毒丸：成人每次一丸，日服1～2次，口服。

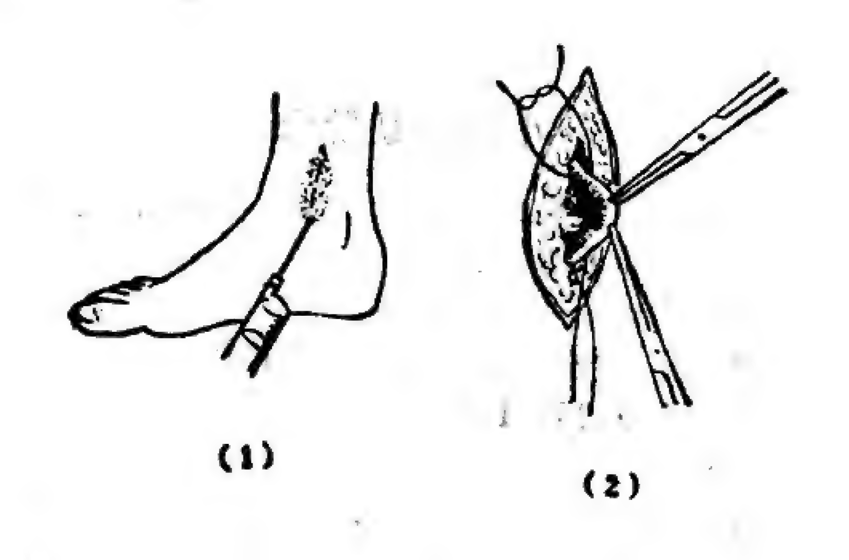
（3） 选用磺胺噻唑：每次1克，每日四次，首次剂量加倍，并加等量小苏打，一般用3～4天。长效磺胺每次1克，每日一次，连服3～5天。青、链霉素并用，肌注，或土霉素、四环素等口服。

静脉切开术

须补给大量液体，采用静脉穿刺法失败，或进

行某种大手术不能以静脉穿刺法保证液体的供给时，均可行静脉切开。

步骤：手术前须先将滴注盐水的用具准备妥善。一般选择大隐静脉，在内踝前上处做静脉切开。皮肤消毒及局麻后，在内踝最凸点前上一横指处，做纵行或横行切口，长约1～1.5厘米。切开皮肤后用弯蚊式止血钳分开皮下组织，暴露静脉。用止血钳由其深处穿过，带过两条结扎线，先结扎远侧端，提起静脉，在其近侧处切开静脉壁，置人针头或塑料管，滴注盐水无阻时再结扎固定针头，或塑料管。最后缝合皮肤一针。用胶布固定（图12—64）。



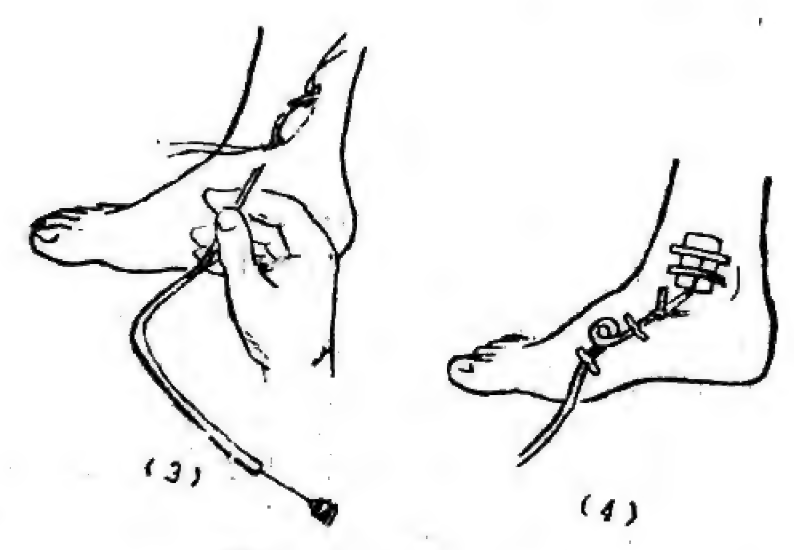


图12—64　静脉切开法

拆除针头或塑料管时，剪断固定针头缝合线，拔除针头按压包扎伤口。

小肿瘤切除术

适用于小良性肿瘤，如粉瘤、脂肪瘤、乳头状瘤等。操作步骤如下：

1．术前剃去局部毛发。

2．局部皮肤消毒后，铺无菌巾。

3．用 0.25～1% 普鲁卡因作局部浸润麻醉或阻滞麻醉。

4．在瘤上做一直切口，长度视肿瘤的大小而定。大的瘤子可做梭形切口，将多余皮肤切除。

5．切开皮肤后，切缘用无菌纱布保护。

6．切开皮下直到肿瘤包膜，然后用止血钳由瘤子四周逐步剥离，取出瘤子，有出血时，先用止血钳夹住，再以丝线结扎止血（图12—65）。

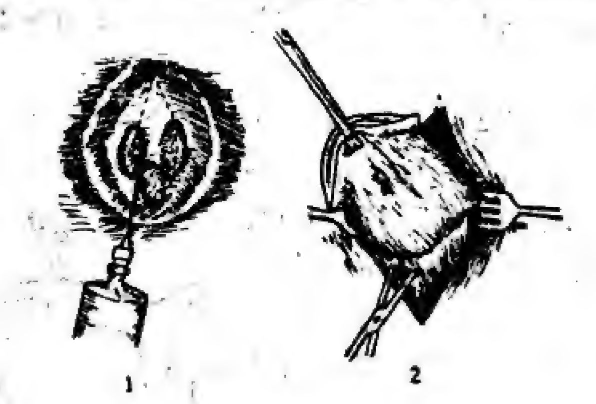


图12—65　表浅肿瘤切除术

7．切除瘤子后逐层缝合切口。皮下残腔大的，应放橡皮条引流。如果无感染现象，引流可在术后24～48小时拔除

8．术后用无菌敷料包扎，或加压包扎。

膀胱穿刺术

在急性尿潴留导尿失败时，为了暂时解除病人痛苦，可采用膀胱穿刺术。

膀胱位于耻骨联合后方，当膀胱胀满充盈时，腹膜被推向上，膀胱上升至耻骨联合上 3～4 横指

或更高。

穿刺步骤

1．确定膀胱浊音界后，局部剃毛、清洗、消毒，铺无菌孔巾。

2．在腹正中线耻骨联合上约 1.5～2 厘米处行局部麻醉。

3．用22号长针或腰穿针，呈垂直或稍斜向脚侧刺入膀胱，当有一落空感后再进针 2～3 厘米，即可抽出尿液（图12—66）。

4．抽尽尿液，拔出穿刺针，针眼用消毒棉球按压片刻后，用橡皮膏将棉球固定于皮肤上。

图12—66　膀胱穿刺术

注意事项

1．穿刺点不可太高，防止刺入腹腔。

2．穿刺不宜过深，否则当膀胱缩小时刺破对侧膀胱壁。

3．尿潴留时间较长，穿刺放尿时不要过急，不能一次排尽，以免发生反射性无尿，应缓慢多次穿刺排尿。

耻骨上膀胱造瘘术

尿道损伤或狭窄，膀胱结石或肿瘤，前列腺肥

大或肿瘤所引起的尿潴留，短期内不能解除梗阻时，可作耻骨上膀胱造瘘。

手术步骤

1．在局麻或腰麻下，皮肤常规消毒，铺无菌巾。

2．手术前尽可能先由尿道放导尿管，用 3％ 硼酸或生理盐水冲洗膀胱，至排出液澄清为止，然后再注入200～250毫升（成人量），使膀胱充盈。

3．在耻骨联合上缘作下腹部正中切口，长约 4～6 厘米，切开皮肤，皮下组织及腹直肌前鞘，并分开腹直肌（此处无后鞘），即可进入膀胱前间隙。

4．用湿纱布将脂肪组织上下分离，同时将腹膜上推，即可见到有明显迂曲血管的膀胱壁。在膨胀的膀胱壁上近中心处避开血管，用针穿刺有尿液溢出。

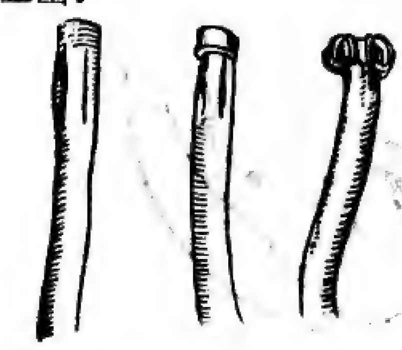


图12—67　自制蘑菇头引流管

5．于膀胱中线两旁各缝一牵引线，提起牵引线，用肠线通过浆肌层作一荷包缝合，暂不打结。在荷包中心做一小切口，放入蘑菇头状引流管（无成品时可自制）（图12—67），拉紧荷包缝线结扎（图12—68）。

6. 用生理盐水冲洗伤口，耻骨上放香烟引流一根，分层缝合腹壁，至能自动排尿时拔管（一般约二周拔管）。拔管后伤口用无菌纱布敷盖，胶布固定。

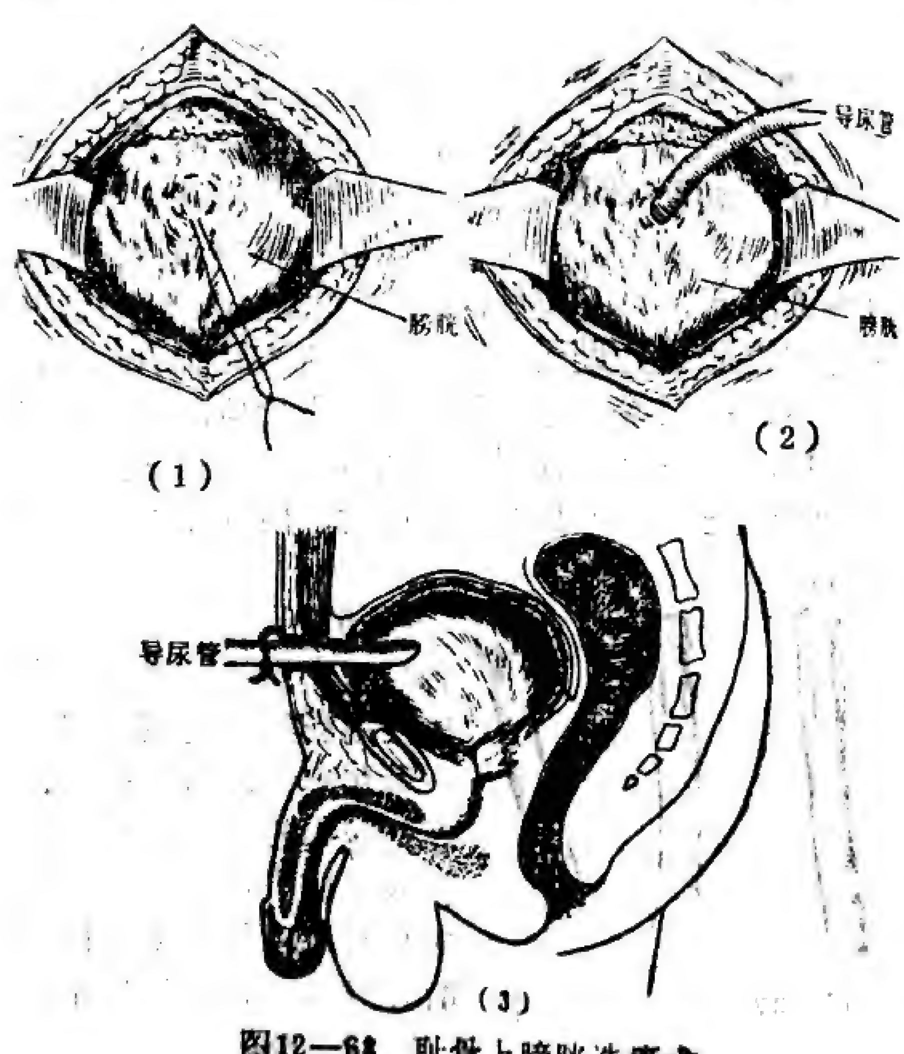


图12—68　耻骨上膀胱造瘘术

十三、产科和妇科疾病

女性生殖器解剖及生理

骨　　盆

骨盆由两块髋骨和骶骨及尾骨所组成。在两块髋骨前面有软骨联合，称为耻骨联合，在后面与骶骨侧缘相接，称为骶髂关节，骶骨下方与尾骨相连，称为骶尾关节。当分娩时有一定的活动性。骶骨上缘向前突出，称骶骨岬。骨盆的大小及形状与分娩难易有重要关系（图13—1）。

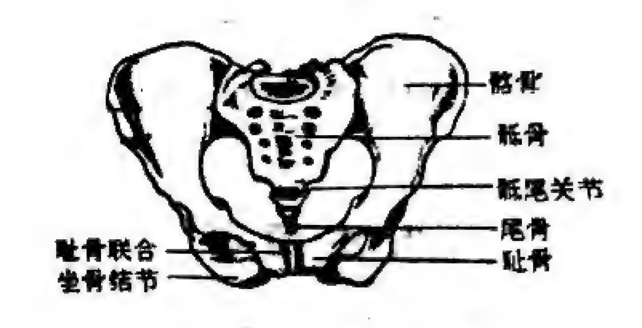


图13—1　正常女性骨盆

外生殖器

包括阴阜、大阴唇、小阴唇、阴蒂、阴道、前庭、尿道口、前庭大腺、阴道口、处女膜和会阴。两小阴唇上联合的顶端有阴蒂，其下方有尿道口，尿道口下方为阴道口。前庭大腺位于阴道口两侧皮下，受感染时常发生脓肿（图13—2）。

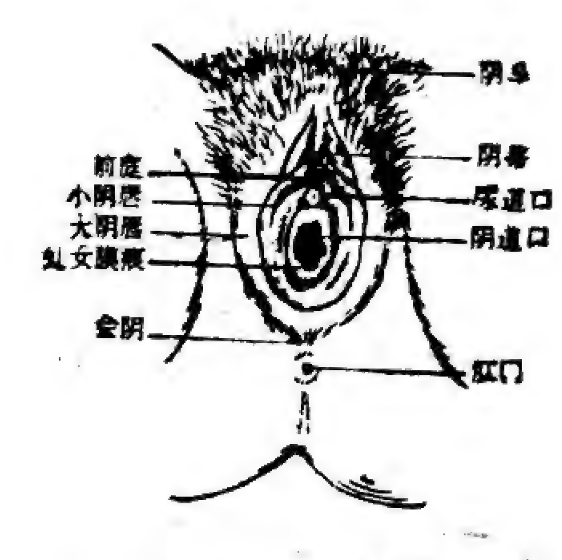


图13—2 外生殖器

内生殖器

阴道：为连接内外生殖器的管状器官。下端开口于外阴，上接子宫颈，宫颈突出于阴道上端，宫

颈周围为穹窿部。后穹窿与子宫直肠窝相邻接。

子宫：约小鸡蛋大，前后稍扁，倒梨形，为胎儿生长及月经形成的地方。子宫壁分三层，外为浆膜，中为肌层，里为内膜。子宫中间为空腔，通过宫颈口与阴道相通。子宫前面有膀胱，后面有直肠。子宫与直肠之间为子宫直肠窝。子宫分为子宫体和子宫颈，子宫全长7.5厘米（体长5厘米、颈长2.5厘米）。宫腔成扁平的三角形，两角与输卵管相通。子宫由子宫圆韧带、阔韧带、子宫颈横韧带及子宫颈骶骨韧带的支持而保持前倾前屈的位置。

卵巢：位于子宫两侧输卵管下后方，约枣子大。它有排卵与分泌女性激素（求偶素及黄体素）的作用。

输卵管：左右各一，自子宫两角伸出。可分间质部、峡部、壶腹部及繖部。繖部开口于腹腔，接近卵巢，便于收集卵子。输卵管有运送成熟卵或孕卵至宫腔的作用（图13—3）。



图13—3 内生殖器

月经

子宫的周期性出血谓月经。女子到13～16岁开始来月经，第一次月经叫初潮。45岁左右断经，叫经绝。每月行经一次。卵巢每月排出一个成熟卵（叫排卵）。排卵的日期约在每次月经前十四天左右。排卵前，卵巢分泌雌激素，使子宫内膜增殖肥厚。排卵后分泌黄体素及少量雌激素，使子宫内膜继续增厚，血运更加丰富，以便于受精卵在子宫里生长。若未受精，卵巢分泌黄体素及雌激素量减少、消失，子宫内膜脱落、出血形成月经。从行经第一天到下次行经前，叫月经周期。正常周期为28天，最少21天，最多35天。经期3～5天，最少2天，最多7天。

经血性质为暗红色，一般无血块，不凝固。

行经期保持外阴部、月经带及月经纸的清洁，禁止性交及盆浴，以防感染。

妊娠生理及診断

妊　　娠

精子经过子宫到输卵管壶腹部与卵子相遇而结合称为受精（受精卵称为孕卵）。孕卵靠输卵管的

蠕动，经4～5天到达宫腔植入于子宫内膜里，叫着床。孕卵逐渐发育形成胎儿、胎盘、脐带及胎膜。胎儿在子宫内靠胎盘供给营养而生长、发育。妊娠后，卵巢不再排卵，因此在妊娠期不来月经。

妊娠诊断

早期妊娠诊断（三个月以内）

1. 停经：已婚妇女平时月经正常，突然停经，首先考虑妊娠。

2. 恶心、呕吐、食欲不振、多发生于妊娠40天左右。

3. 乳房胀，乳头、乳晕着色。

4. 妇科检查：阴道、宫颈呈淡紫蓝色，软。宫体增大、软。妊娠二个月鹅卵大，三个月手拳大。

晚期妊娠诊断

1. 在停经四个月以后，自觉胎动。

2. 妊娠五个月以后，听到胎心音。似钟表样滴哒音。每分钟120～150次。如110次以下或160次以上则表示胎儿缺氧。头位，在下腹部两侧听最清楚；臀位，在上腹部两侧听最清楚。

3. 妊娠五个月以后可在腹部触到胎儿头部及四肢。

4．妊娠各月份子宫底高度：

妊娠三个月：在耻骨联合上2～3指。

妊娠四个月：在脐与耻骨联合之间。

妊娠五个月：在脐下二指。

妊娠六个月：脐平。

妊娠七个月：在脐上2～3指。

妊娠八个月：在脐与剑突之间。

妊娠九个月：在剑突下二指。

妊娠十个月：在8～9个月中间（图13—4）。

图13—4　妊娠各月份的子宫底高度

产 前 检 查

产前检查是预防难产及孕产妇各种并发症，保护母子健康的一项重要措施。一般在妊娠第5～6个月开始检查，每月检查一次，在妊娠最后两个半月10～15天检查一次。

1．问病史：足月生产几次，有否流产，难产及产后大流血史等。

2．计算预产期：从末次月经的第一天，以月数上加9（或减3），日数上加7（阴历加15）计算。

如末次月经70年1月3日

　　+9+7

70年10月10日

3．全身检查：包括测量血压，检查心、肺及下肢有无浮肿等。若血压在130/90毫米汞柱以上，则应注意有无妊娠中毒症。

4．胎位检查：胎位是指胎儿在子宫内的位置。多数头朝下、臀朝上，叫头位。若头在上，臀在下，叫臀位（图13—5）。



图13—5　不同胎位

（1）胎位检查方法：孕妇取仰卧位，两膝关节弯曲，使腹壁放松。

第一步：检查者位于孕妇右侧，面对孕妇，先摸子宫底的高度，了解妊娠月数，查宫底是头还是臀（头圆、硬、浮球感。臀不规则，较软）。

第二步：检查者两手分别放在腹部两侧，检查胎背及四肢的位置。一般呈大片平坦且硬的为胎背侧，扪到高低不平，呈不规则的小块的一侧，多为

胎肢、胎胸部。

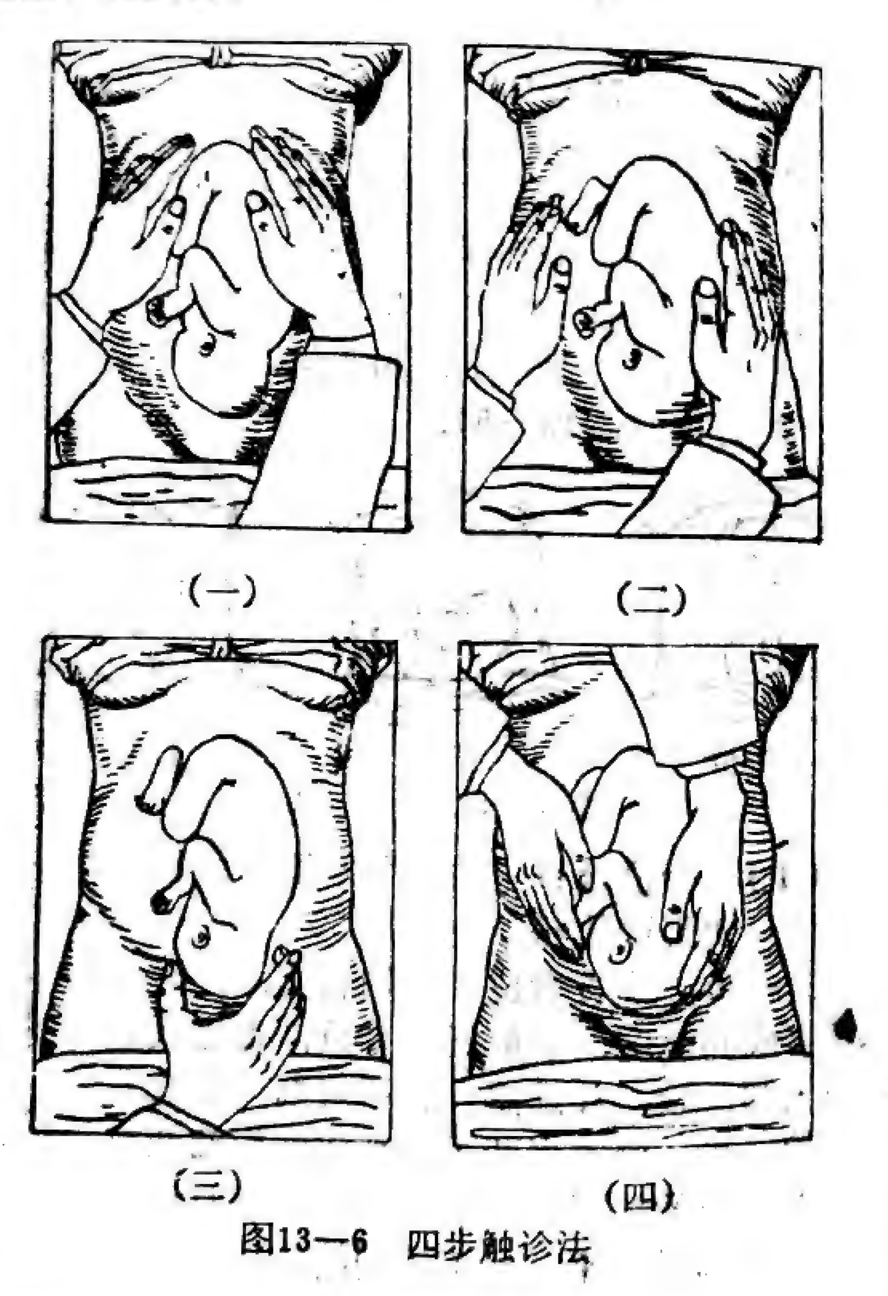


图13—6　四步触诊法

第三步：右手拇指和其余四指分开，放耻骨联合上，将先露部握在手中，轻轻左右摇动，检查是头还是臀。

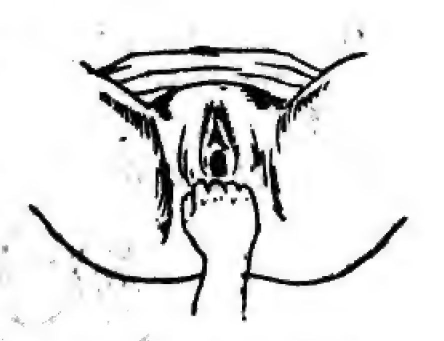
第四步：检查者面向孕妇的足部，两手放在先露部两侧，向左右推动，如先露部已入盆，就固定不能移动。初产妇于妊娠9个月左右胎头开始固定，经产妇多于临产时方能固定（图13—6）。

（2）听胎心音，一般在胎背所在侧最为清楚，如左枕前位，在左下腹部听。注意与子宫杂音及腹主动脉音相区别，后两者的次数与母亲心律一致。

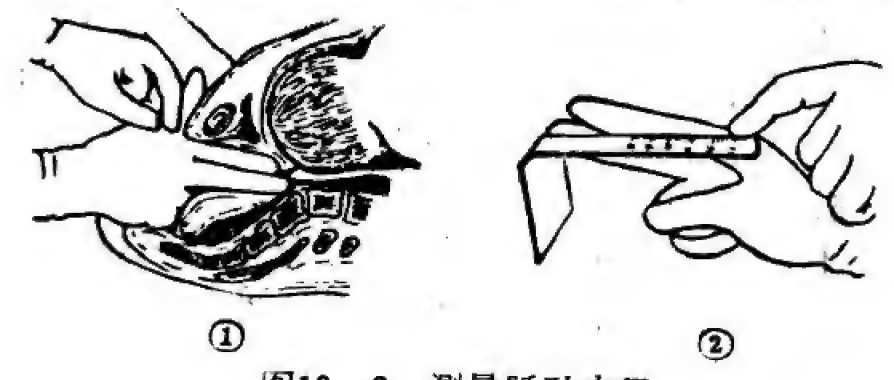
5．骨盆测量：

（1）骶耻外径：耻骨联合上缘中点至第五腰椎棘突下方的距离，正常为18厘米。小于17厘米，则可疑为扁平骨盆。

（2）坐骨结节间径：两侧坐骨结节内侧间的距离，正常为9厘米。大于7厘米，自阴道分娩问题不大。测量时，孕妇仰卧，两手抱膝，检查者的手拳放两坐骨结节之间，如能容纳一拳说明出口横径在8厘米以上（图13—7）


图13—7　测量坐骨结节间径

（3） 对角径：耻骨联合下缘至骶骨岬的距离。一手食指及中指伸入阴道顺骶骨前面由下而上找到骶骨岬，将中指尖放在骶骨岬上，食指上缘紧紧地接触耻骨联合下缘，另一手食指在接触点作一标记，将检查的手取出，测量骶骨岬至耻骨联合下缘之距离。正常大于11.5厘米，说明骨盆入口前后径不小。如检查摸不到骶骨岬，说明大于12厘米（图13－8）。



①　　②

图13—8　测量骶耻内径

① 用指尖固定骶骨岬至耻骨之间的长度　　② 用尺量长度

（4） 耻骨弓角度：在80～90°时，出口横径不狭窄，若小于80°则有狭窄可能（图13－9）。



图13—9　测量耻骨弓角度

正常分娩的过程及处理

临产现象

1. 有规律的子宫收缩。持续时间逐渐加长，间歇时间逐渐缩短。

2. "见红"，由于宫口开始扩张，流出少量血性分泌物。

产程分期及其经过

从有规律的宫缩至胎盘娩出的全过程为产程。在产程中应注意听胎心音，观察宫缩强弱并让产妇排空大小便。

第一期（宫口开张期）：自有规律宫缩至宫口开全（直径约10厘米）。宫缩逐渐加强，持续时间延长，间歇缩短、宫口开全，胎膜破裂，羊水流出（称为破水）。初产妇约需8～16小时，经产妇约需3～10小时。

第二期（胎儿娩出期）：自宫口开全到胎儿娩出。随着宫缩加强，儿头下降，产妇有排便感。继之儿头在阴道口露出，间歇时退回（叫拨露）。胎头继续下降，间歇时也不退回（叫着冠），然后胎头以仰伸姿势娩出，随之胎体娩出。

初产妇约为1～2小时，经产妇约30分～1小时。

分娩第三期（胎盘娩出期）：由胎儿娩出至胎盘娩出。约需15～30分钟。胎儿娩出后，宫缩暂停，后又开始宫缩，胎盘剥离、排出体外。

分 娩 处 理

产包：双层布包皮一个、大单一块、小消毒巾一块、止血钳子二把、剪刀一把、消毒手套一付、接生衣一件、粗脐带线两条，纱布三块及棉花球等。

另外准备镊子一把、软毛刷一个、大油布一块及碘酒、酒精、来苏儿消毒药品。

外阴部消毒：经产妇在宫口开大3～4厘米，初产妇在胎头拨露时，在炕上铺油布，产妇仰卧，两腿弯曲，于臀下放一盆，用肥皂水冲洗擦净后再用0.1%新洁尔灭冲洗外阴部。自上而下，由内向外冲洗后，臀下铺消毒大单一块。

接　　产

接产前剪指甲，用毛刷洗手。然后泡在0.1%新洁尔灭中5分钟，然后戴上消毒手套。若胎头已拨露，胎膜还没破，可用止血钳刺破胎膜。在宫缩时让产妇往下使长劲。胎头快要娩出时让产妇张口呼吸，以免娩出过快而冲破会阴。

会阴保护：用一块消毒巾贴在会阴部，右手的拇指与其余四指分开，手掌抵住会阴部，向儿头的须部加适当压力，帮助会阴抵抗胎头的冲力，以免会阴破裂。宫缩时左手放在胎头的枕部，轻轻向下压，使胎头俯屈。当枕部露出于耻骨联合下缘时，嘱产妇张口哈气，不要再用力，左手协助使胎头仰伸缓慢娩出。然后帮助儿头自然转向一侧，左手握住须部轻轻往下压，使前肩先娩出，再稍向上提使后肩娩出。躯干和下肢也随着娩出。肩部娩出时易产生会阴破裂，故右手要继续保护会阴（图13－10）。若脐带缠颈可用手从肩上推下，或从头上退下，必要时用两把钳挟住，从中间剪断。

新生儿处理：胎儿娩出后，立即用纱布轻轻擦净鼻、口及咽部粘液和羊水，使呼吸道通畅。胎儿娩出后受冷空气刺激，就开始大声啼哭。当脐带搏动停止后，用两把止血钳子在脐带中段夹住，然后从两钳中间剪断。用粗丝线离脐轮1.5厘米处结扎一道，再离脐轮0.5厘米处结扎第二道。在距结扎第一道的上方0.5厘米处剪断脐带。断端以2.5%碘酒及75%酒精消毒，盖上消毒纱布，再用脐带布包扎好。胎儿娩出后约15分钟胎盘剥离，有少量流血，拖在阴道口的脐带延长，表示胎盘已剥离。在宫底轻轻向下压，胎盘出来时用手托住，向一个方向扭转，使胎膜成绳状，轻轻向外牵出。注意检

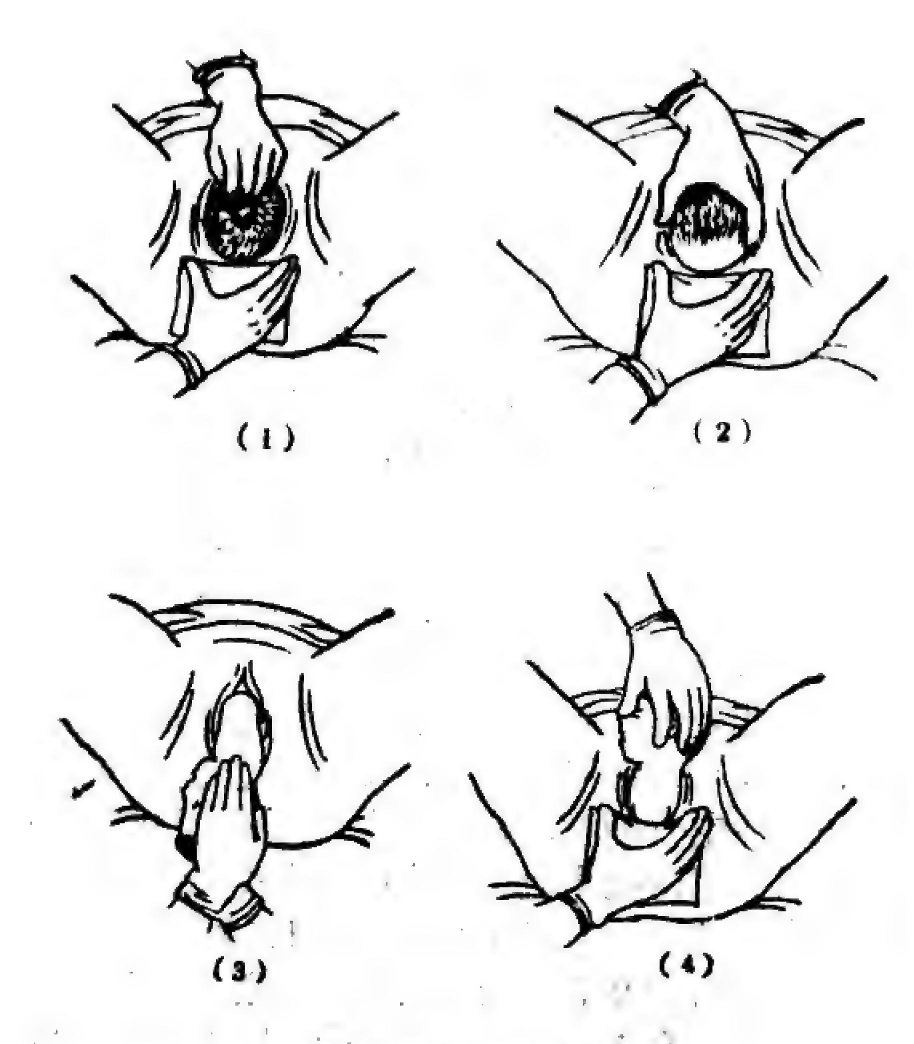


图13—10 保护会阴

(1)保持胎头俯屈 (2)协助胎头仰伸

(3)将胎头向下牵拉，娩出前肩

(4)提起胎头，娩出后肩

查胎盘与胎膜是否完整（图13—11）。



图13—11 胎盘娩出

新生儿窒息

诊断

1．新生儿生后有心跳、无呼吸。

2．全身皮肤青紫（轻度）或苍白色（重度）。

处理

1．首先清除呼吸道内的粘液，使其通畅。用吸痰管或细导尿管伸入喉部及气管内吸净粘液或用纱布清拭。

2、拍打脚掌。

3．用酒精擦前胸刺激皮肤。

4．口对口人工呼吸法：在新生儿口上放一块纱布，手捏住新生儿鼻孔，口对口轻轻吹气（不要

过猛，以免将小儿肺泡吹破)，然后用另一手压迫新生儿胸部，帮助呼气，如此反复交替。一分钟16次，直至能自然呼吸为止。(也可用其它人工呼吸法)

5．针刺人中、涌泉、十宣等穴。

6．皮下注射25%可拉明0.5毫升或洛贝林0.5毫升。

产褥期卫生

1．产后宫底在脐平处左右，逐日下降约一横指，在产后10～12天于腹部即触不到宫体。

2．产后，阴道有血性分泌物（叫产露)，前三天较多，以后逐日减少，持续2～3周。外阴部要保持干净。产后6周内避免合房。

3．产后不要过早参加体力劳动，及时治疗咳嗽、便秘等，以免发生子宫脱垂。

4．乳头要保持清洁。如乳头皲裂时用已烯雌酚注射液涂患处。如乳房胀痛、乳汁排出困难，必须按摩乳房并挤出乳汁。

5．为了帮助子宫收缩，可服生化汤：当归2钱，川芎5分，桃仁7粒，炮姜3分，益母草3钱，水煎服。

6．催奶方：

（1） 新针（见156页)。

（2） 中草药：

① 木通1～2钱，猪蹄2～3个，煮汤服用。

② 王不留行3钱，川山甲1钱，水煎服。

③ 巨胜子(生菜子)1两，水煎服。日服二次。

7．退奶方：

（1） 新针（见157页)。

（2） 中草药：神曲3钱，麦芽3钱，水煎服。

（3） 已烯雌酚5毫克，日服三次，连服4～5天即可。

妇产科常见症状的分析

毛主席教导我们说：**"研究问题，忌带主观性、片面性和表面性。"**我们在分析症状时，一定要充分了解病人的发病及其发展规律，不要只看表面现象，一定要抓住问题的本质和主流，并结合检查所见，全面考虑、周密分析，真正做到毛主席教导的：**"我们看事情必须要看它的实质，而把它的现象只看作入门的向导，一进了门就要抓住它的实质，这才是可靠的科学的分析方法。"**

阴道流血

阴道流血为妇产科中最常见的症状。怎样分析

症状呢?

1. 与妊娠分娩有关：凡是生育年龄的已婚妇女突然发生阴道流血时，应首先考虑是否与妊娠有关。与妊娠有关的流血病有：

（1） 妊娠早期阴道流血：流产、宫外孕、葡萄胎。

（2） 妊娠晚期流血：前置胎盘、胎盘早期剥离。

（3） 产后出血：宫缩无力，胎盘或胎膜残留，软产道损伤。

2. 与肿瘤有关的流血：

子宫肌瘤、子宫颈癌、子宫体癌、绒癌。

3. 与炎症有关：

多见于子宫颈糜烂、子宫颈息肉、子宫内膜炎。

4. 与卵巢及垂体前叶功能有关：

如经妇科检查未发现生殖器官异常改变时，则为功能性子宫出血。

阴道流血鉴别诊断

1. 与年龄的关系：

（1） 在青春发动期流血，多属功能性出血。

（2） 在生育年龄的妇女流血时首先考虑是否与妊娠有关，尤其是流产较多见。如患者经血过多或经期延长时，可考虑功能性出血。如伴有不孕史

应考虑子宫肌瘤和宫外孕。

（3） 如老年人流血时，首先考虑子宫颈癌。尤其在绝经后突然流血或合房后出血更应考虑宫颈癌、子宫体癌。如经检查未发现异常改变时可考虑因卵巢功能衰退不全而引起的功能性出血。

2. 与血的性质关系：

（1） 新鲜多量流血，多见于流产和葡萄胎。

（2） 棕褐色或暗红色血为过期流产、感染流产或子宫内膜炎。

（3） 血性分泌物，多见于慢性宫颈炎。

（4） 洗肉水样或淘高粮米水样血，多见于子宫颈癌。

3. 与腹痛的关系：

（1） 伴有阵发性坠痛，多见于流产。

（2） 无痛性流血多见于息肉和前置胎盘、子宫肌瘤。

（3） 有少量阴道流血，突然发生下腹部疼痛，多见于子宫外孕。

（4） 在妊娠晚期有持续性疼痛及阴道流血，则应考虑为胎盘早期剥离。

下腹部包块

患者主诉为腹部包块者，可按下列步骤分析。

1. 是否真包块：

有时把妊娠子宫或从腹部摸到的脊柱和粪块误认为包块。应详细检查，必要时让患者排便后或隔日再做一次检查。也可做妊娠试验。

2．应鉴别妇科肿瘤和外科肿瘤。

盆腔肿瘤（妇科肿瘤）	腹腔肿瘤 （外科肿瘤）
由下向上长	由上向下长
上界明显	下界明显
向上推动受限	向下推动受限
一般无特殊症状	出现发生部位的功能障碍

3．良性肿瘤与恶性肿瘤鉴别

良　性	恶　性
一般无特殊症状	贫血、消瘦
生长慢	生长快
表面光滑	表面凹凸不平
移动性良好	移动性受限
质软，囊性较多	实质性硬块
无腹水	有腹水（多数为血性）

下　腹　痛

1．与腹痛部位关系：

（1） 下腹中央疼痛与子宫和膀胱病变有关。

（2） 两侧下腹痛与附件病变有关。若有右下腹疼痛者应与阑尾炎相鉴别。

（3） 腰痛或骶骨部位疼痛者多见于子宫后位、慢性盆腔炎、慢性宫颈炎或子宫脱垂。

2．疼痛性质：

（1） 持续性疼痛多为炎症。

（2） 阵发性坠痛多为子宫收缩，多见于流产。

（3） 突然发作疼痛伴有反跳痛者，多为宫外孕或卵巢瘤蒂扭转（或破裂）。

白　带　多

1．在月经来前或妊娠期分泌物增多为生理现象。

2．在用激素（如己烯雌酚）治疗时，或患者有心力衰竭、肾炎、贫血及营养不良时，阴道分泌物可增多。

3．阴道炎时分泌物增多并伴有瘙痒及疼痛。多见于滴虫性阴道炎及霉菌性阴道炎。

4．老年人有臭味的血性分泌物多见于子宫颈癌。

妊 娠 中 毒 症

早期妊娠中毒症（妊娠呕吐）

诊断

在妊娠三个月内，主要为恶心，食欲不好，呕吐剧烈，不能进食，称为妊娠呕吐。严重时可发生脱水，酸中毒。

治疗

1. 中草药：

（1） 黄芩、生姜各2钱，竹茹3钱，水煎服。

（2） 灶心土2两，生姜3片，水煎服。

（3） 芦根一根，水煎服。

（4） 芦根1两，竹茹1两，前胡3钱，陈皮2钱，黄芩2钱，水煎服。

2. 苯巴比妥0.03克，一日三次；或氯丙嗪25毫克，一日2～3次；维生素乙$_6$10毫克，一日三次。

3. 脱水者，用5～10%葡萄糖液，静脉点滴。

晚期妊娠中毒症

为一种严重的产科并发症，常发生在妊娠六个月以后。多见于初产妇，羊水过多和双胎。因全身小动脉痉挛及钠潴留而引起水肿，高血压及蛋白尿

等症状。如处理不当会造成母子双亡。根据临床表现可分为妊娠肾病，先兆子痫和子痫（是同一疾病发展的不同阶段）。

诊断

1. 妊娠肾病：主要有水肿、高血压（高于130/90毫米汞柱）、蛋白尿，如有其中两种症状即可诊断。在临床上遇到有高血压、浮肿的妊娠妇女，应考虑晚期妊娠中毒症。

2. 先兆子痫：除有水肿、高血压及蛋白尿外，还有头昏、头痛、眼花及上腹部不适等症状。

3. 子痫：由先兆子痫发展而成。孕妇突然发生抽搐，继之昏迷。常发生在临产前，分娩期及产后24小时内。如抢救不及时可因脑水肿、脑溢血、肺水肿及心力衰竭而死亡。

预防

本病应以预防为主，因此做好产前检查，及时发现和治疗妊娠高血压及水肿，以免发生先兆子痫及子痫。

治疗

原则是利尿、降压及防止抽搐。淡食和适当休息。如已发展到先兆子痫时必须引起重视。必要时应专人护理。

1. 利尿：

（1） 中草药：

① 茯苓1两，葵花子3钱，水煎服。

② 车前子2钱，葫芦1两，水煎服。

③ 黄瓜皮5钱，醋煎空腹服。

④ 白朮2钱，陈皮3钱，茯苓皮3钱，桑白皮1.5钱，水煎服，每日一剂，连服3天。

（2） 双氢克尿塞25毫克，日服三次，并用10%氯化钾10毫升，日服3次。或10%氯化铵10毫升，日服3次。

（3） 50%葡萄糖60～100毫升静注。

2. 降压：

（1） 新针：曲池、足三里、一日一次，梅花针（见213页）。

（2） 中草药：

① 夏枯草1两，水煎服。

② 猪毛菜2两，水煎服。

③ 柴胡3钱，夏枯草5钱，生白芍3钱，寄生5钱，生黄芩2钱，水煎服。

（3） 降压药：

① 降压灵4毫克，日服三次，

② 氯丙嗪25毫克，日服2～3次。

③ 利血平0.25毫克，日服3次

④ 25%硫酸镁10～20毫升肌注，每日2～4次，如有以下情况停用：呼吸每分钟少于16次；每日尿量少于600毫升；膝腱反射消失者。如发现硫酸镁中毒时，立即静注10%葡萄糖酸钙。

3. 镇静和解痉：

（1） 中草药：

① 黄芩2钱，勾藤5钱，桑寄生5钱，生姜三片，水煎服。

② 勾藤5钱，生杜仲3钱，茯苓5钱，水煎服。

③ 子痫可用天竺黄，生地各3钱，勾藤4钱，石决明5钱，水煎服。

（2） 10%水合氯醛15毫升，加水100毫升灌肠或苯巴比妥钠0.2克肌注。

（3） 在先兆子痫时估计在四小时之内不能分娩者，可用吗啡0.01克皮下注射。

（4） 已发生子痫，应立即用纱布包着筷子塞入大臼齿间，以防咬伤舌头，保持呼吸道通畅，立即注射吗啡0.01～0.015克或冬眠1号半量（杜冷丁50毫克、氯丙嗪25毫克、异丙嗪25毫克）加25%葡萄糖20毫升静注，如没有吗啡和冬眠1号，用25%硫酸镁10毫升加25%葡萄糖20毫升缓慢静注。

4. 妊娠中毒症经治疗无效反而恶化者考虑引产。

5. 已发生子痫者，经治疗控制抽搐和昏迷清醒后24小时内引产。

孕产期出血

妊娠早期出血，多见于流产、子宫外孕及葡萄胎。妊娠晚期出血，多见于前置胎盘及胎盘早期剥离。

流产（小产）

妊娠7个月以前中断者称为流产。发生在妊娠3个月以前的流产称为早期流产，最常见。妊娠4～7个月的流产称为晚期流产。

先兆流产

诊断

1. 有轻度腹坠痛、腰酸及少量阴道流血。
2. 子宫大小与妊娠月份相符合。
3. 子宫口未开。

治疗

保胎治疗。应卧床休息。

1. 中草药：当归、白芍、白术各3钱，黄芩5分，艾叶1钱半，菟丝子3钱，水煎服。

加减：体虚气短者，加党参3钱，黄芪2钱；有闪挫者，加川断2钱，寄生3钱；出血较多，加地榆炭3钱，黄芩炒黑3钱。

习惯性流产者，服用时间要长，可将药研成面，每服1钱，日服二次。

2. 黄体酮10～20毫克肌注，每日一次。
3. 维生素E 10～20毫克，日服三次。
4. 苯巴比妥0.03克，日服三次，或口服氯丙嗪25毫克，每日2～3次。

难免流产

诊断

1. 下腹部呈阵发性坠痛。
2. 阴道流血量增多或有血块。
3. 宫口已开或胎膜已破。

治疗

1. 做刮宫术。
2. 在没有手术条件下，可用垂体后叶素5单位肌注，每半小时一次，共4次左右，有时可将胚胎组织排出。
3. 宫口已开时，在严密消毒下，可做指搔术。内诊食指伸进宫腔剥离胚胎组织而取出。如取不出，可将内



图13—12　指搔术

诊手食、中指放在后穹窿，另一手在腹壁上按住子宫，两手同时压迫子宫挤出胚胎组织（图13—12）。

4．流血多或休克时应输液，必要时输血。

完全流产

胚胎组织在短期内完全排出，出血减少，腹痛消失，子宫收缩好，宫口已关闭。

治疗

可不做处理或促进子宫收缩。如：益母丸1丸，日服二次。或麦角流浸膏2～3毫升，日服三次。

不全流产

诊断

1．部分胚胎组织排出，尚有一部分残留在子宫腔内。常有胚胎组织堵在宫口处。

2．有阵发性腹痛，阴道流血多，甚至休克。

治疗

清除子宫内残留组织。流血多时应输液或输血。

1．立即刮宫或做指播术。

2．肌注麦角新硷0.2毫克或垂体后叶素10单位。

3．流血时间长者，应给抗菌素防止感染。

4．合并感染，流血不多者，先控制感染后刮宫。若出血多时，可用卵圆钳先取出残留组织，但

不刮宫腔，以免感染扩散，待炎症控制后再行刮宫术。

过期流产

诊断

胚胎已死，仍久留在宫腔内尚未排出者。子宫体小于妊娠月分，多数曾有过先兆流产病史。

治疗

1．针刺合谷、三阴交、足三里等，使子宫收缩。

2．先服己烯雌酚5～8毫克，日服三次，连服三天。然后将垂体后叶素10单位加5～10%葡萄糖500毫升静脉点滴。

3．刮宫：妊娠三个月以内者，可做刮宫术。

子宫外孕

孕卵在子宫腔外种植发育者称为子宫外孕。多为输卵管妊娠。卵巢、腹腔妊娠者少见。

诊断

1．多数有停经史（常在妊娠两个月以内发病），继发性不孕和盆腔炎史。

2．一侧下腹部突然发生剧痛。

3．阴道少量出血（暗红色）。有时自阴道掉出管状组织。

4. 有大量腹腔内出血时，常出现昏厥和休克。

5. 常有大小便感。

6. 下腹有明显压痛，以患侧为重。内出血多时，可叩出移动性浊音。

7. 妇科检查：子宫颈举痛明显，穹窿部饱满，子宫体稍大。附件部位有压痛，患侧为重，亦可触到不明显的软性包块。陈旧性宫外孕时在患侧或经后穹窿可触到不整形包块。

8. 在诊断困难，又须紧急处理时，经阴道做后穹窿穿刺，可穿出不凝结的血液。

鉴别诊断

	输卵管妊娠	阑尾炎	卵巢瘤蒂扭转	流产
腹痛	突然发作，开始于患侧下腹，后延及全下腹	多开始于上腹部，后限局在右下腹部	突然发作绞痛，局限于下腹部	阵发性下腹痛
压痛	全下腹部，以患侧为重	右下腹阑尾点	患侧	无
停经史	(+)或(±)	(—)	(—)	(+)
阴道流血	少量暗红色，有时无出血	(—)	(—)	较多鲜红色
晕厥及休克	有时出现	(—)	(—)	流血多时可出现
宫颈举痛	(+)	(—)	(—)	(—)
子宫大小	稍大或不明显	不大	不大	增大
腹部包块	陈旧性宫外孕有包块	(—)	既往有包块史	(—)

治疗

1. 手术切除患侧输卵管。内出血多者，应在输液输血抗休克同时手术。

2. 陈旧性宫外孕或内出血不多者，亦可试用中药治疗。丹参3钱，赤芍3钱，乳香2钱，没药3钱，桃仁2钱，水煎服，直至病愈。

葡萄胎（水泡状胎块）

胚胎绒毛变性，形成大小不等的水泡状，像白

色葡萄一样，叫葡萄胎。分良性及恶性两种（图13—13）。

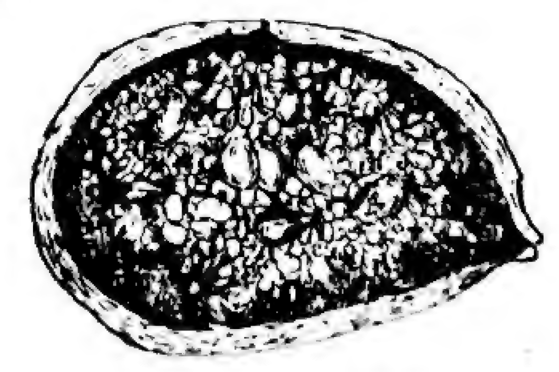


图13—13 葡萄胎

良性葡萄胎

诊断

1．早期妊娠反应比正常妊娠为重。

2．常在妊娠2～3个月时发生阴道流血，有时在宫口处见到有油亮、褐色、浓稠的血性分泌物。出血多时，含有水泡状物。

3．子宫体增大快，与妊娠月数不相符合。

4．宫体已有妊娠5～6个月大，但仍听不到胎心音，摸不到胎儿部分。也无胎动感。

5．尿妊娠反应强阳性（稀释200～400倍仍阳性）。

治疗

1．确诊后立即送医院刮宫。刮宫时要轻柔，

并注射宫缩药和输液。必要时输血。第一次刮宫后5～7天，需再作第二次刮宫。

2．良性葡萄胎有时会恶性变，刮宫术后应严密观察二年。

3．年龄40岁以上者，可做子宫切除术。

恶性葡萄胎

病灶不局限于子宫腔内，可侵入子宫肌层或转移至阴道、卵巢及肺。

诊断

1．有咯血（肺转移）或阴道有转移结节。

2．在良性葡萄胎刮宫后，又出现不规则阴道流血。

3．刮宫数次后，尿妊娠试验始终是阳性或由阴性又转为阳性。

治疗

立即转院治疗。

前置胎盘

正常胎盘附着在子宫体部或底部。如附着在子宫下段，部分或全部遮住宫口者称为前置胎盘。在妊娠晚期，子宫下段逐渐伸展，使前置的胎盘与子宫壁分离，而引起出血（图13—14）。

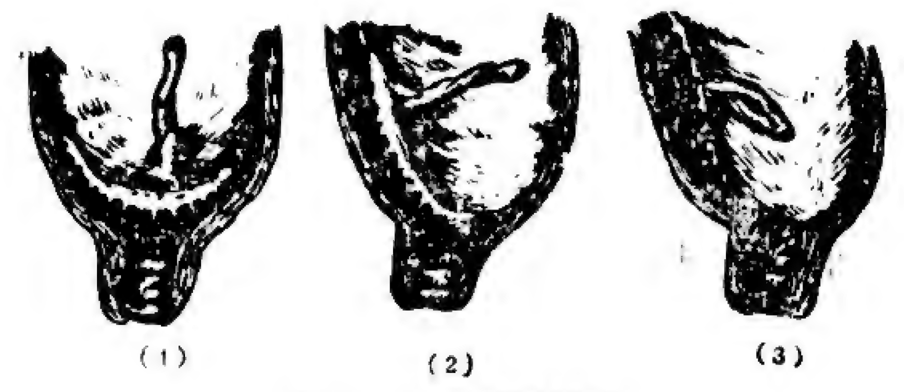


图13—14　前置胎盘

(1)中央性前置胎盘 (2)部分性前置胎盘 (3)低置胎盘

诊断

1．妊娠7个月后出现反复的、无痛性阴道出血。

2．子宫无压痛，胎心音正常。

3．先露部较高，常合并臀位。

治疗

1．怀疑或已确诊为前置胎盘，应立即用宽布将腹部包扎，使胎头下降压迫胎盘止血。然后转送到有手术条件的医院处理。

2．肛查或内诊要审慎，以免引起大出血。

3．部分性前置胎盘宫口已部分开张，可做人工破膜，使胎头直接压迫胎盘止血；如系臀位则拉下一足，以胎股压迫胎盘止血。亦可用纱布条的一头系约一斤重物，另一头系于头皮钳柄或胎足，以达到紧密压迫胎盘及扩张宫口的目的。

4．如出血多，应输液，必要时输血。考虑中央性前置胎盘，则须做剖腹产。

5．产后肌注麦角新硷或垂体后叶素，以防产后出血。

胎盘早期剥离

胎盘在胎儿娩出前即发生分离者，称胎盘早期剥离。常发生于妊娠中毒症、外伤、羊水过多及双胎等。

诊断

1．妊娠七个月以后突然出现持续性腹痛。

2．阴道流血：量可多可少，也可发生休克。有外出血、内出血及内外出血（图13—15）。

3．腹壁板状硬，压痛明显。

4．摸不清胎位，听不到胎心音。

5．有时为血性羊水。

预防

1．及时治疗妊娠中毒症。

2．对羊水过多患者做人工破膜时，放羊水要缓慢。

3．做外倒转时，操作要轻柔。







图13—15　胎盘早期剥离

治疗

1．确诊后用宽布包扎腹部，转送医院。

2．人工破膜后紧扎腹带或用10%葡萄糖500毫升加催产素10单位静滴，宫口开全者用产钳助产。

3．如失血多、应输血输液抗休克。病情严重、宫口未开、在短时间内不能分娩者，应做剖腹产。

4．胎儿已死亡，宫口开大者，做穿颅术。

5．产后用子宫收缩药，以防产后出血。

产后出血

胎儿娩出后，在24小时内阴道出血量超过400毫升为产后出血。多见于子宫收缩无力、胎盘或胎膜残留及软产道损伤。

诊断

1．胎儿娩出后，立即出现持续性流血，而子宫收缩良好，多为软产道损伤或胎盘部分剥离。

2．胎盘娩出后，阵发性流血，子宫柔软，多为子宫收缩无力。

3．子宫收缩良好，无软产道损伤，多为胎盘残留或胎膜残留。

治疗

1．子宫收缩无力时：

（1） 立即肌肉注射垂体后叶素10单位或麦角新硷0.2毫克，也可用25%葡萄糖20毫升稀释麦角

后缓慢静脉注射，同时按摩子宫底，刺激子宫收缩。必要时一手握拳放在阴道前穹窿，另手在下腹按子宫后壁两手对压。

（2） 宫腔内填塞纱布条。从宫底开始填，不要留有空隙，过8～12小时后取出。并用抗菌素（图13—16）。

图13—16 纱布条填塞宫腔

2．胎儿娩出一小时以上，胎盘仍不娩出（多为胎盘粘连），或因胎盘部分剥离以及胎盘部分残留引起流血时，须及时用手剥离取出胎盘。处理部分胎盘及胎膜残留时，亦可用消毒纱布清擦宫腔。

用手剥离胎盘术：术者和产妇外阴重新严密消毒，术者一手伸入宫腔，沿着脐带到胎盘边缘，掌面向胎盘面，用手指自宫壁轻轻分离。另一手压迫宫底，两手互相配合，待完全剥离后取出（图13—17）。

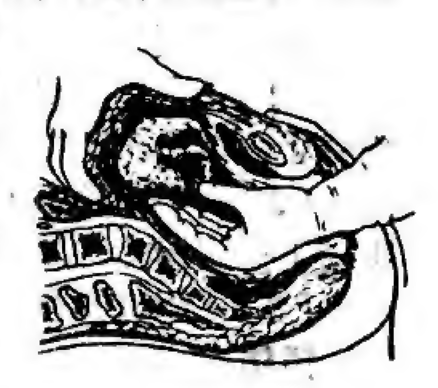


图13—17 用手剥离胎盘术

3．软产道损伤时，立即分层缝合。

4．如有休克，须输液和输血。

子宫破裂

是孕产期的严重并发症。如处理不及时，可危及产妇和胎儿的生命。子宫破裂多因骨盆狭窄、横位、滥用催产药、胎儿过大或阴道手术操作粗暴、不当（如碎胎时损伤、内倒转不当）而造成。

诊断

1. 先兆破裂：

（1） 子宫收缩频而强烈，甚至无间歇。

（2） 出现“病理缩复环”（于子宫上、下段之间有一条深的横沟）可在腹壁上看到，此环上升至脐上部，则子宫即将破裂。

（3） 子宫下段有明显压痛。

（4） 产妇突然烦躁不安，自觉腹部疼痛难忍。

2. 破裂时及破裂后：

（1） 产妇感到剧烈疼痛，大声呼叫，随后阵缩停止。以后出现持续性腹痛及休克。

（2） 子宫轮廓不清，先露部上升，可直接在腹壁下摸到胎儿。胎心音消失。

（3） 阴道流血。

预防

1. 认真做好产前检查，发现异常情况，应及时处理。

2. 经阴道做难产处理时，处理要恰当、谨

慎、动作要轻柔。

3. 绝对不可滥用催产药。

4. 发现先兆破裂征象，又不能就地治疗时，立即注射吗啡或足量镇静药之后转院。

治疗

1. 先兆破裂者，应立即做剖腹产。

2. 已破裂者，做子宫切除。若破裂不久、裂口整齐、要求生育者，可缝合裂口。

3. 抗休克，输血、输液。

难　　　产

“世界上的事情是复杂的，是由各方面的因素决定的。看问题要从各方面去看，不能只从单方面看。”分娩能否顺利进行，决定于产力、产道、胎儿三方面因素。任何一个因素异常均可造成难产。

子宫收缩乏力

诊断

原发性子宫收缩乏力：从临产开始子宫收缩就乏力，子宫颈开大慢。多见于子宫发育不良、子宫过度膨胀（双胎、羊水过多）、产妇精神过度紧张。

继发性子宫收缩乏力：在分娩初期子宫收缩好，但以后逐渐宫缩减弱，间歇时间延长，致使分娩几乎处于停顿状态。多见于骨盆狭窄及胎位不正。

治疗

原发性子宫收缩乏力：

1．解除产妇顾虑、树立信心。鼓励多进食或静注50%葡萄糖100毫升加维生素丙500毫克。

2．针刺合谷、三阴交、次髎，或维生素乙₁10毫克合谷穴封闭。

3．5～10%葡萄糖500毫升加催产素或垂体后叶素5～10单位静脉点滴。开始每分钟15滴，以后根据宫缩情况，调节滴数。

4．热肥皂水灌肠。

继发性子宫收缩乏力：给予镇静剂：杜冷丁100毫克或苯巴比妥钠0.2克肌注使产妇充分休息，待宫缩恢复；如仍乏力者可用上述方法刺激宫缩。如宫口已开全，可用胎头吸引器或产钳助产，或做臀牵引。如合并骨盆狭窄或胎位不正，应及时处理。用垂体后叶素时，应注意以下几点：

（1）血压高者禁用垂体后叶素，可用催产素。

（2）有骨盆狭窄及胎位不正者禁用。

（3）一旦引起宫缩，应控制或减慢点滴速度。

（4）必须有专人护理和观察产程。

骨盆狭窄

骨盆狭窄是引起难产的主要原因之一，常可发生子宫收缩乏力、早期破水、胎位异常及脐带脱垂，甚而导致子宫破裂。

诊断

1．多见于身体矮小、驼背或跛行、罗圈腿者。

2．既往常有难产、佝偻病、腰腿疼史。

3．初产妇在临产时，胎头仍浮动或产程不进展。

4．遇到悬垂腹、横位及臀位时要想到有骨盆狭窄的可能。

5．骨盆测量：

（1）骶耻外径小于17厘米，或对角径小于11.5厘米时，则为骨盆入口狭窄。

（2）坐骨结节间径不能容纳一拳者，则为出口狭窄，骨盆中段也常狭窄。

（3）临产时胎头仍未入盆，应怀疑胎头与骨盆入口有不相称的可能。头盆不称检查法：检查者一手压宫底，一手压胎头：

① 胎头表面低于耻骨联合表面时，则为头盆相称。

② 胎头表面与耻骨联合表面在同一水平面，则为头盆可能不称。





相称

图13—18　头盆不称检查法

③　胎头表面高于耻骨联合表面，则为头盆不相称（图13—18）。

治疗

1．骨盆轻度狭窄时，胎位正常，胎心音良好，胎儿不大，可进行试产。在良好宫缩下经6～8小时或破膜后2小时胎头仍不下降则应考虑剖腹产。

2．如胎儿已死亡，尽量从阴道分娩。待宫口开大，行穿颅术。

3．头盆明显不称或确诊为绝对骨盆狭窄者做剖腹产，并应早做准备。

臀　　位

胎儿以臀部或下肢先娩出者，称为臀位。

因为胎儿臀小于头，当臀部娩出后，较大的胎头娩出时会有困难。尤其是第一胎。

诊断

1．在子宫底部能摸到胎头，在耻骨联合上方能摸到较软的胎臀。

2．胎心音在脐左上或右上方清楚。

治疗

1．悬灸至阴穴，每日一次，共做3～4次（图13—19）。

2．妊娠7个半月后仍为臀位时，可做胸膝卧位。即两腿跪在炕上，两前臂和前胸贴在炕面，臀部抬高，每次15分钟左右，早晚各做一次（放松裤带、空腹时做）（图13—20）。

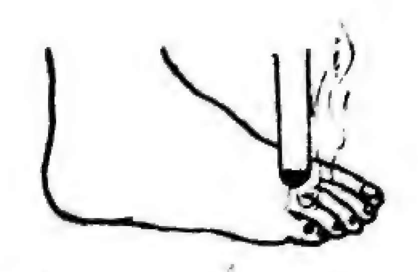


图13—19　悬灸至阴穴

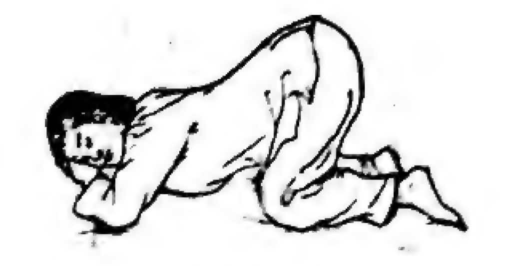


图13—20　胸膝卧位

仍无效者，做外倒转术。两手分别握住胎头与胎臀，顺着胎儿俯屈的方向，先将胎臀向上推，后将胎头向下推。必要时可用双手推转胎头。一次不成功，可在隔2～3日再做，往往会成功。要注意听胎心音（术前、术后都要听），操作时必须轻柔，否则可引起胎盘早期剥离。成功后，在胎头两侧分

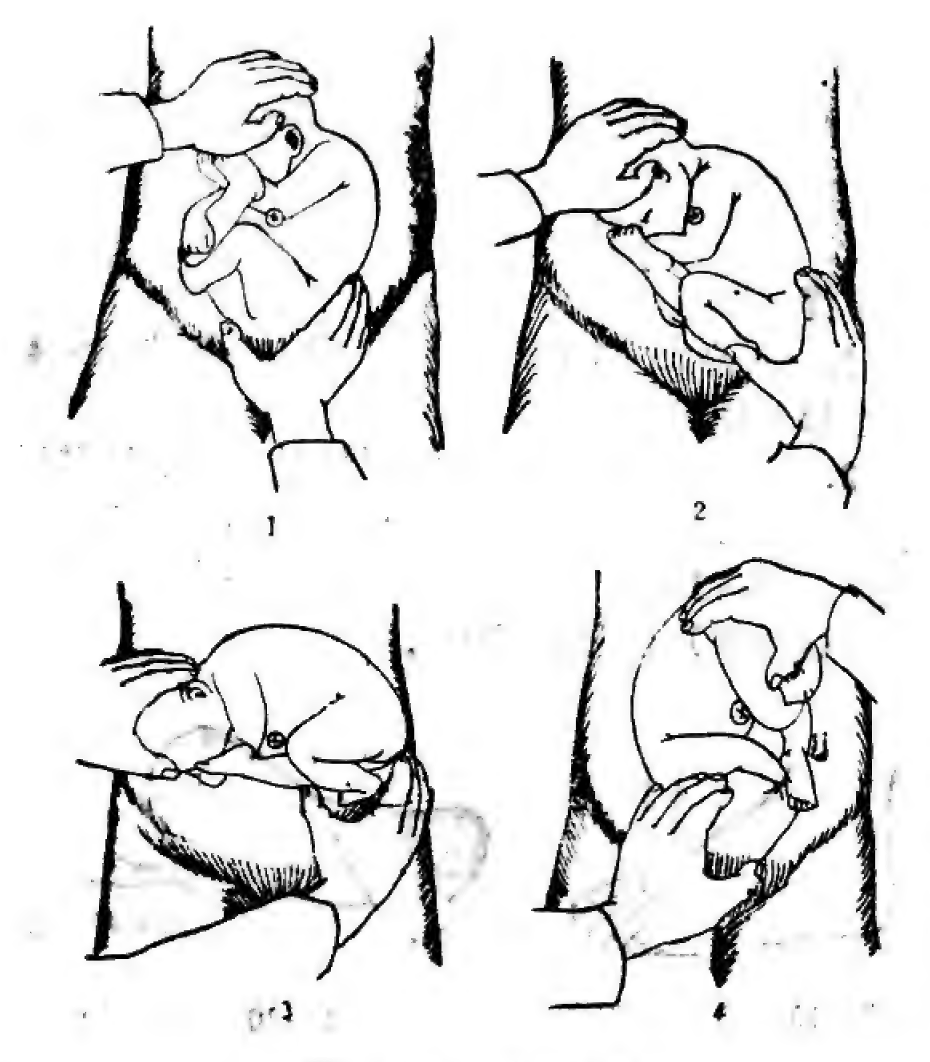


图13—21　外倒转术

别放毛巾圈，用腹带包扎固定（图13—21）。

3．臀位助产：

胎足在阴道内或脱出于阴道口外时，应立即消毒外阴，用消毒巾盖住阴道口，每当子宫收缩时，接生者用手堵住阴道口不让胎足脱出，促使子宫颈

口扩张，胎臀下降。待臀部下降至阴道口，宫口开全，用劲也堵不住时，则不用再堵，让双足及臀部自然娩出。然后用消毒巾裹住臀部，使胎背朝上，两手拇指分别放在胎骶部，其余四指放在髋部两侧，轻轻向外向下牵引胎体。见到脐轮时，将脐带稍向外拉出，继续牵拉胎体至肩胛下角，将胎背转向原来方向。在向下牵引胎体的同时向胎背方向转动，使前肩及上肢从耻骨联合下缘滑出。然后抬高胎体，使后肩及上肢自会阴滑出。再将胎背转向上方，使胎儿骑在接生者前臂上，其食指或中指放入胎儿口内舌上，固定下颌，使胎头俯屈，另一手食、中两指分开，放在儿颈的两侧肩上，向后向下牵引（另请一人在耻骨联合上向盆腔压迫胎头），直至枕骨达耻骨弓下缘，再将胎体上举，使胎儿口、鼻、额相继娩出（图13—22）。



娩出前肩



娩出后肩



头的娩出

图13—22　臀位助产

横　　位

胎体横卧于骨盆入口，称为横位。足月横位不能自然分娩，为绝对难产，如不及时发现，及时处理，易造成子宫破裂。常见于多产妇、腹壁松弛(胎儿在宫腔内活动范围大）或骨盆狭窄者。

诊断

1. 胎儿横卧于骨盆入口之上，胎头在一侧，胎臀在另一侧。

2. 子宫底较低，腹形横宽，下段空虚。

3. 肛查或阴道内诊，可触到肩部、肋骨或手。

4. 可出现胎儿上肢脱出（忽略性横位）。

预防

1. 产前检查是预防难产的有效措施。必须加强产前检查，发现横位时及时纠正。

2. 开展计划生育，不要生育过多。

治疗

1. 妊娠7个月仍为横位时，作胸膝卧位。失败者行外倒转术，转为头位或臀位。

2. 在临产时发现横位，胎膜未破，宫口未开，可试行外倒转术。如未成功，可等待宫口全开大后再行处理。如合并骨盆狭窄或产妇渴望小孩者，可考虑剖腹产。

3. 宫口开全，胎膜未破或破膜不久，可行内倒转术。

内倒转术：戴上消毒手套，伸进宫腔内，沿胎体向下肢寻找胎足。须与胎儿手鉴别（以足后跟为辨别），摸到一足或双足，夹在食、中指之间，向外轻轻牵拉，另一手在腹壁外，帮助推头向上，转为臀位后牵出。

4. 宫口只部分开大，已破膜者，可行双合倒转术：伸食、中两指进宫腔夹住胎儿一足至子宫颈口外面，待宫口开全后，再行牵引。

5. 忽略性横位，胎心良好，在乙醚麻醉下作内倒转术。如胎儿已死亡，最好做断头或除脏术。也可在乙醚麻醉下做内倒转术，但注意避免子宫破裂。

6. 做断头、除脏或内倒转术前、后都应仔细查明有无子宫破裂。若有应做剖腹产或子宫切除。

7. 有先兆子宫破裂，胎儿虽死亡，亦须行剖腹产。

双　　胎

诊断

1. 腹部特别膨大。

2. 腹部检查，可摸到两臀、两头和两背及多个小肢体。

3. 在腹部，相隔一定距离的两处，可听到不同频率的胎心音。

处理

因双胎比单胎易发生妊娠中毒症，羊水过多、胎盘早期剥离、产后出血或脐带脱垂等并发症，故处理双胎时要慎重。

1. 第一个胎儿娩出时按单胎接产法处理，第一个胎儿娩出的同时，助手在腹部固定第二个胎儿为臀位或头位，以免变为横位。

2. 如第二个胎儿胎位正常，可待自然分娩（一般需20～30分钟），过一个小时尚未娩出者，可做人工破膜或针灸刺激子宫收缩。

3. 第一个胎儿娩出后，注意听胎心音，虽不超过一小时，但每分钟胎心在160次以上或110次以下者，怀疑胎盘早期剥离时，立即做臀牵引术或作产钳术。

4. 第二个胎儿娩出后，立即注射垂体后叶素10单位。如阴道流血多时，应用手剥离取出胎盘，

5. 注意观察产后出血情况。

产 褥 期 感 染

在产前，分娩时及产后，细菌侵入生殖器官

（多为大肠杆菌及链球菌）于产褥期发生生殖器及全身炎症者，称为产褥期感染。常见于不消毒接生、产后出血、产程延长、产道损伤及手术产等。

诊断

1. 产后24小时至10天内，开始发热，体温超过38℃以上，伴有寒战、头痛、全身不适等。

2. 子宫收缩不良。

3. 子宫体及两侧有压痛。

4. 产露量多，有臭味。

预防

1. 接生者要严格遵守无菌操作。

2. 禁止做不必要的阴道检查。

3. 产道裂伤时及时缝合。

4. 在产褥期要特别注意卫生，并禁止性交。

5. 凡产后出血、产程延长及手术产等，有感染可能者，应给抗菌素预防感染。

治疗

患者取半卧位，以便产露流出。

1. 针灸：针合谷、命门、中极、三阴交、血海、关元、气海等穴，每次选3～4个穴。

2. 中草药：

（1） 金银花、紫花地丁、茯苓、败酱草各4钱，连翘、赤芍、丹参各3钱，赤小豆1两，水煎服。

（2） 益母草流浸膏3毫升，日服三次。

3. 肌注青霉素和链霉素，或投给广谱抗菌素。

4. 注射麦角新硷0.2毫克，一日1～2次。

女性生殖器炎症

前庭大腺炎

前庭大腺易被细菌侵入（特别是化脓球菌）。急性感染时局部红肿、压痛、时有波动。常发生在一侧。

治疗

1. 中草药：鲜蒲公英4两（干的1两） 水煎，内服，外用冲洗，每日各二次。

2. 1∶5000热高锰酸钾水坐浴， 每日二次。

3. 注射青霉素、链霉素或口服四环素。

4. 脓肿成熟后切开引流。

阴 道 炎

滴虫性阴道炎

因阴道滴虫感染所致。

诊断

1. 外阴及阴道有顽固性搔痒。

2. 阴道粘膜充血，有红色斑点。

3. 白带增多，呈黄色或乳白色稀薄泡沫状。在显微镜下，可找到活动的滴虫。

治疗

1. 中草药：

（1） 将萝卜洗净，切碎榨汁，用棉球蘸榨液擦洗阴道壁及外阴，再将浸有榨液的带线棉球塞入阴道，8～10小时后自行取出，10天为一疗程。

（2） 苦参、黄柏、白矾各5钱，煎水趁热熏洗，每日睡前洗一次。

2. 用 1∶1000新洁尔灭冲洗阴道后，用 5%卤硷溶液擦洗阴道，一日一次。

3. 用0.5%醋酸（或两匙食醋加半盆水），冲洗阴道后，放入卡巴砷或地维净1片，每天一次。

霉菌性阴道炎

由霉菌感染所致的阴道、外阴炎症。霉菌性阴道炎逐渐增多，主要与抗菌素的普遍应用有关（尤其是广谱抗菌素）。多见于孕妇及糖尿病患者。

诊断

外阴奇痒以致坐立不安，白带增多呈凝乳样。阴道口及阴道复盖一层白膜状分泌物。

治疗

1. 中草药：

（1） 蛇蜕1两焙干，蜈蚣3条微焙，共研面，每次5分～1钱，日服三次。孕妇忌用。

（2） 龙胆草8钱，地肤子8钱，川楝子4钱，水煎服，药渣煎水外洗。

2. 用4%碳酸氢钠液冲洗阴道后，往阴道内放入制霉菌素5～25万单位，或涂制霉菌素软膏，每日一次，连用10次。

3. 用1%龙胆紫液涂患处，一日二次。

老年性阴道炎

多见于绝经后的老年妇女。因卵巢功能低下，雌激素分泌也减少致阴道粘膜失去正常防御能力，由细菌感染而引起的炎症。

诊断

白带增多，脓性，有时为血性。在阴道壁上有散在出血点。

治疗

1. 中草药：

（1） 生艾叶5钱，明矾2钱，水煎半盆，熏洗外阴部及阴道。

（2） 五倍子2两研细面，加热水适量，搅成糊状，涂患处。

2. 用0.5%醋酸（或食醋）坐浴或冲洗阴道后，将呋喃西林2片及已烯雌酚0.5毫克放入阴道深处，每晚一次，共7天左右。

3. 冲洗阴道后涂已烯雌酚软膏。

宫颈糜烂

围绕着宫颈外口呈鲜红色。因宫颈长期浸泡在分泌物中（尤其是硷性分泌物），宫颈的正常鳞状上皮脱落，被颈管内的柱状上皮所代替。因柱状上皮较薄，露出上皮下的小血管，故呈鲜红色。这种状态称为子宫颈糜烂。因上皮及皮下组织增生，糜烂处出现凹凸不平。注意与宫颈癌区别。宫颈糜烂与宫颈癌有密切关系，所以重度糜烂时应做活体组织检查，以除外癌变。

治疗

1. 中草药：

儿茶4钱，黄柏4钱，枯矾2钱，大青盐1钱，五倍子4钱共研成细末，香油调合，用纱布棉球浸沾后敷局部，6小时后取出，每周一次。

2. 用1：5000高锰酸钾或1：1000新洁尔灭冲洗阴道后，局部直接涂樟丹合霉素软膏（3份樟丹、1份合霉素粉及适量凡士林）；或用干净纱布球上系一根线，在纱布球上涂软膏，睡前送入阴道深处。线的另一头露在阴道口外，第二天早晨牵引线头取出纱布球。

3. 用0.5%醋酸或1：1000新洁尔灭洗净宫颈

及阴道分泌物，再于糜烂处涂30～50％硝酸银，后用生理盐水中和，4～5日一次。腐蚀柱状上皮，使鳞状上皮恢复。

4．必要时做子宫颈锥形切除。

盆 腔 炎

盆腔炎是指盆腔内生殖器、盆腔腹膜及盆腔结缔组织的炎症。如炎症仅限于输卵管及卵巢称为附件炎。

急性盆腔炎

多见于产后、流产后、妇产科手术后，或因经期不卫生及经期性交所致。

诊断

主要是高热，下腹痛，白带多，有臭味，有时为脓性，可有不规则少量流血。检查时子宫颈有触痛，子宫体有压痛，两侧附件有明显压痛及反跳痛。

预防

1．月经期、产后及流产后要保持外阴部清洁，禁止合房及盆浴。

2．推广新法接生。

治疗

1．耳针（见167页）；可针灸足三里、三阴交。

2．中草药：

（1） 败酱草2两，水煎服。

（2） 蒲公英、地丁、丹参各1两，水煎服。

3．注射青霉素、链霉素或链霉素配合用四环素。体温恢复正常后继续用5～7天。

4．如形成脓肿，由阴道后穹窿切开引流。

慢性盆腔炎

多因急性炎症未能彻底治疗而演变为慢性。也有开始即呈慢性者。

诊断

1．下腹部及腰骶部疼痛，白带多，痛经。

2．检查可发现两侧附件增厚或索条物，有压痛。有时可触到不整形的包块，时有子宫活动受限。

3．常伴有不孕症。

治疗

1．耳针（见167页）；新针（见155页）；水针：取中极、关元、水道、子宫穴，每个穴用5％葡萄糖5毫升，每日一次，两侧交替，半个月为一疗程。必要时可用青霉素40万单位、链霉素0.5克、2％普鲁卡因2毫升、注射用水15毫升的混合液。

2．中草药：

（1） 当归3钱，香附3钱，益母草1两，水煎服。

（2） 当归3钱，白芍4钱，香附3钱，苏梗2钱，蒲公英5钱，水煎服。

（3） 桂枝、茯苓、丹皮、赤芍、桃仁、三棱、元胡、生苡仁各2两，研成细末做蜜丸，每丸重3钱，早晚各服1丸。

（4） 平肝调气丸、坤顺丹、女经丹或龙胆泻肝丸，内服。

3．10%碘化钾10毫升，一日三次，连服20天。

4．下腹部热敷。

5．急性发作时用抗菌素治疗。

月 經 失 調

闭 经

女子到18岁以后从未来月经，称为原发性闭经。曾来过月经，以后又三个月以上不来月经，称为继发性闭经。青春期前，妊娠期、哺乳期、绝经期的闭经属于生理性的。月经来潮依赖于子宫、卵巢及垂体的功能。若子宫发育不全、卵巢功能低下、垂体前叶功能低落（肿瘤、结核）、贫血、营养不良及全身慢性疾病都会引起闭经。

治疗

1．新针疗法（见155页）。

2．中草药：

单验方：

（1） 茜草1两，水煎，黄酒为引，日服二次。

（2） 鸡血藤1两，红糖5钱，水煎服。

（3） 益母草1两，丹参5钱，水煎服。

（4） 三棱3钱，当归尾1两，红花2钱，没药3钱，水煎服。

（5） 黑豆1两，红花2钱，水煎服。

辨证施治：

（1） 面黄头昏，心跳气短，腰腿酸痛：用黄芪、当归各5钱，牛膝4钱，水煎服。

（2） 小腹冷凉疼痛：用炒艾叶3钱，肉桂3钱，生姜3钱，水煎服。如小腹胀闷疼痛：用鸡血藤5钱，益母草1两，水煎服。

（3） 如小腹胀痛拒按，心烦躁，用知母4钱，大黄2钱，牛膝5钱，水煎服。

3．人工周期疗法：己烯雌酚每晚1毫克，连服20天，于第16天开始加用黄体酮每日10毫克肌注，共5天。第二疗程从月经来潮的第五天开始服药。可连续三个疗程。

4．甲状腺素能提高新陈代谢能力，活跃细胞功能（卵巢、垂体），每日0.03克，连服20天。

功能性子宫出血

由卵巢和垂体功能失调引起的不正常子宫出血。

诊断

1. 有短期停经史（40～50天）以后出现长期过多的子宫出血。多见于青春期及更年期。

2. 月经频、量多及经期延长。多见于生育年龄妇女。

3. 经妇科检查，生殖系统无特殊改变。

4. 注意排除子宫体腺癌、子宫颈癌、子宫肌瘤、流产及宫外孕等。

治疗

1. 新针疗法（见156页）；经穴（见191页）。

2. 中草药：

单验方：

（1） 红鸡冠花晒干研成末，每服二钱，日服一次，用少量酒送服。

（2） 炒木贼草3钱，水煎温服，日服一次。

（3） 葵花蒂一个（不带子），用锅焙成炭，研成末，过筛，每服1钱，黄酒送下，日服三次。

（4） 生地榆1两，醋煎服。

（5） 益母草1～2两，捣烂绞取自然汁服。

（6） 蒲黄5钱（炒存性），用开水冲服。

（7） 高粱根须（烧存性，研成细面）每服3钱，白水送下。

辨证施治：

（1） 血多、色鲜红，身热烦躁：贯仲炭1两研成面，每次3钱。

（2） 血多色紫黑，有块，小腹痛，有时血块下来后痛减轻：用蒲黄5钱，五灵脂5钱，研成面用醋调服，每次2钱，每日三次。

（3） 血色黑，有块，头昏，口渴，小便黄：用大小蓟各1两，白茅根3钱，水煎服。

（4） 出血日久不止，血色淡，头昏气短，出虚汗：用黄芪1两，糯米（粘米）5钱，水煎服。

3. 内分泌治疗：可用人工周期疗法。若流血量多，特别是30岁以上的妇女，可每日肌注丙酸睾丸素25～50毫克，流血减少后改为3日注1次，每月总量不得超过300毫克。

4. 出血多时，可配合用止血药及宫缩剂。

5. 手术治疗：经上述方法治疗无效，可施刮宫术，常收到良好止血效果，并可明确诊断。年龄大，久治不愈者，可考虑切除子宫。

痛　　经

因行经前后或行经中，下腹部严重疼痛而影响

日常生活及劳动者称为痛经。从月经初潮就开始疼痛称为原发性痛经。多为神经性的或子宫发育不良及子宫颈狭窄所致。月经初潮无痛经，以后出现痛经者称为继发性痛经。多因生殖器炎症、子宫内膜异位症及子宫肌瘤所致。

治疗

1. 新针疗法（见155页）；耳针（见 167 页）；拔火罐（见 212 页）；点穴按摩（见 228 页）。

2. 中草药：

单验方：

（1） 红花 2～3 钱，用黄酒 6 两浸泡，一日三次服完。

（2） 小茴香 5 钱，水煎服。每次月经的前三天连服三剂。

（3） 丹参 1 两，益母草 1 两，共研成细末，每次 3 钱，日服二次。

辨证施治：

（1） 小腹凉痛，血色淡者，用小茴香 3 钱，生姜 2 钱，水煎服，连服 3～4 日，或鲜韭菜汁一酒杯加红糖适量，温热服。

（2） 小腹疼痛，经血量少，色紫而有血块者，七厘散用黄酒调服。或用制香附 5 钱，延胡索 3 钱，泽兰叶 7 钱，桃仁 3 钱，水煎服，于月经前三日服，连服 5 剂。

（3） 腰腹胀痛者，益母草（焙干存性）1 两，研成细末，每服 3 钱，日服三次。

3. 内分泌疗法：使子宫肌弛缓而消除疼痛。经前10天开始用黄体酮10毫克肌注，每日一次，共 5～7 天。

4. 可用正痛片，使痛宁等镇痛药。

5. 手术治疗：对子宫颈狭窄者，可扩张宫颈，常收到良好效果。

子　宫　脱　垂

子宫正常位于盆腔中间，坐骨棘水平面以上，轻度前倾前屈，可移动。由子宫韧带及盆膈维持其正常位置。当子宫由正常位置，沿阴道下降到不同的较低的平面则称为子宫脱垂。

主要是由于阴道和会阴等软组织在分娩时裂伤后未加缝合，产后又过早参加体力劳动或慢性咳嗽病等所致。另外体虚及先天性盆腔软组织松弛也是发病因素之一。

诊断

临床上分为三度。

第一度：子宫下降，子宫颈外口距阴道口少于 4 厘米。

第二度：子宫颈已露于阴道口之外，但宫体全部或部分仍在阴道内。

第三度：子宫颈和整个子宫体均脱出于阴道口外（图13—23）。



图13—23 子宫脱垂

子宫脱垂最主要的症状是下坠感。自觉有肿物堵在阴道内或自阴道脱出。刚脱出时，卧床休息可自动缩回阴道内。重症时，用手才能还纳。

子宫颈长期暴露在阴道外，受磨擦易发生糜烂、溃疡、肥大。伴有膀胱膨出时，可出现排尿困难或尿急，伴有直肠膨出时，可出现便秘及排便困难。

预防

1. 大力开展计划生育。

2. 提倡新法接生，防止分娩时产道损伤。如有损伤应及时缝合。

3. 加强农村中妇女的劳动保护，在产褥期间要适当休息。

4. 及时治疗咳嗽和便秘。

治疗

1. 中草药：

（1） 益母草4两，升麻3钱，黄芪1两，水煎服。

（2） 枯矾1两，炒五倍子1两合研为末，每次用2钱，以纱布包后塞入阴道。

2. 新医疗法：

新针（见155页）；耳针（见167页）；经穴（见189页）。

3. 提肛肌锻炼，即闭缩肛门的动作。

4. 带子宫托：第一度或第二度时，将子宫送回阴道，把子宫托安置在阴道内，托住子宫不下降，可参加劳动。每晚取出，次日早晨再放入，以免引起阴道软组织损伤。子宫托有喇叭型及环形两种（图13—24）。

子宫托初期使用虽主要起支持作用，但被支持的机体在支持期间不断发生变化。如子宫血液循环改变后，子宫旁的支持组织紧张度逐渐恢复，韧带及筋膜不再下坠，重新发挥了维持生理机能的作用。因此用子宫托不仅是临时性措施，长期使用几年后可起到治疗作用。

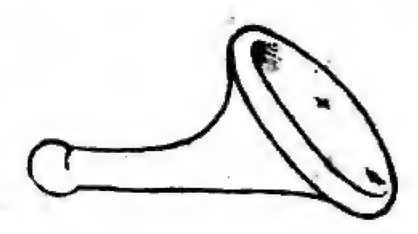


图13—24 喇叭型子宫托

5. 手术治疗：第2～3度脱垂做腹壁子宫

固定术，将子宫固定于腹壁的腹直肌前鞘上，三度脱垂可加上会阴阴道修补术。多子女患者最好同时做绝育术。

6．子宫颈局部溃疡者，用茄子根烧成黑炭，研成末，用蓖麻油或麻子油调合，涂于局部。

生殖器肿瘤

卵巢瘤

可发生多种多样大小不等的肿瘤，大者可有几十斤重。分为良性及恶性两种。良性长的慢，恶性长的快。良性肿瘤亦可发生恶变，故须重视。

诊断

1．肿瘤小时无症状。逐渐增大时患者常发现下腹部一侧有一肿物，可以活动。

2．肿瘤初期长的慢，以后长的快，多为良性肿瘤恶性变。

3．肿瘤发生蒂扭转、破裂、感染时出现下腹部疼痛。

4．妇科检查：于子宫一侧可触及有活动性肿物，与子宫可分开。多为囊性。

5．注意与妊娠子宫、子宫肌瘤、胃肠道肿瘤相区别。

治疗

1．良性肿瘤超过拳头大的须切除。双侧为良性肿瘤，切除时，须保留部分健康卵巢组织。

2．恶性肿瘤须与子宫一并切除。术后必要时可用化学治疗。

子宫肌瘤

为女性生殖器常见的子宫良性肿瘤。

肌瘤长在子宫壁内叫壁间（或间质性）肌瘤。肌瘤向子宫表面突出发育，仅为子宫浆膜层复盖叫浆膜下肌瘤。肌瘤向子宫腔内发育，突出于宫腔内，叫粘膜下肌瘤，有时可脱出于子宫颈口外（图13－25）。

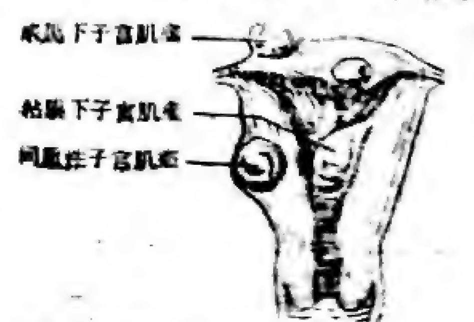


图13—25　子宫肌瘤

诊断

子宫肌瘤的症状与生长部位有关。壁间及粘膜下肌瘤可致月经过多、痛经、不规则阴道出血、贫血、白带多。常在下腹部摸到硬包块。妇科检查：子宫增大，单个壁间肌瘤，子宫呈球形、多发者子宫

表面高低不平，质硬。常伴有不孕症。

治疗

1．年龄在40岁以上的，肌瘤不大，无明显症状，可不必治疗，因绝经后卵巢功能逐渐退化，肌瘤也停止生长。

2．肌瘤较大或有症状，可手术切除。

3．粘膜下肌瘤脱出于子宫颈口外者，可经阴道切断瘤蒂，蒂断端缝合止血。

子宫颈癌

为妇科最多见的恶性肿瘤。多发生在40～50岁妇女。

诊断

1．早期多无症状，有时性交后出血，为早期癌之主要症状，但常被忽略。

2．白带增多，亦为早期症状。晚期感染组织坏死，分泌物呈淘高粮米水样，有特殊的臭味。

3．绝经后阴道流血，首先应考虑到癌的可能。癌晚期可大量出血，甚至休克。

4．有疼痛，排尿、排便困难，严重贫血及消瘦是癌症晚期征象。

5．妇科检查：早期子宫颈似糜烂状，与宫颈糜烂难以区别。晚期时宫颈硬，结节状，乳头状，菜花状或溃疡。组织脆，易出血。

治疗

1．中草药：

（1）乌梅27个，卤水300克加水到1000毫升。煮沸30分钟，过滤，每次3～5毫升，每日三次，饭后服。

（2）木耳1两，用水浸泡开后，蘸白糖服，用于止血。

2．早期者行根治术或放射治疗。

3．晚期放射治疗（镭、同位素钴），如转移至膀胱、直肠，放射治疗效果不佳。

4．阴道大流血时，用纱布压迫宫颈，填塞阴道。

十四、五官疾病

眼　病

眼的解剖生理

视器
- 眼　球
  - 眼球壁
    - 纤维膜—角膜、巩膜。
    - 葡萄膜—虹膜、睫状体、脉络膜。
    - 视网膜
  - 眼内容
    - 晶状体
    - 玻璃体
    - 房　水
- 辅助器
  - 保护器—眼眶、眼睑、结膜。
  - 运　动—眼肌。

眼球剖面（图14—1）。

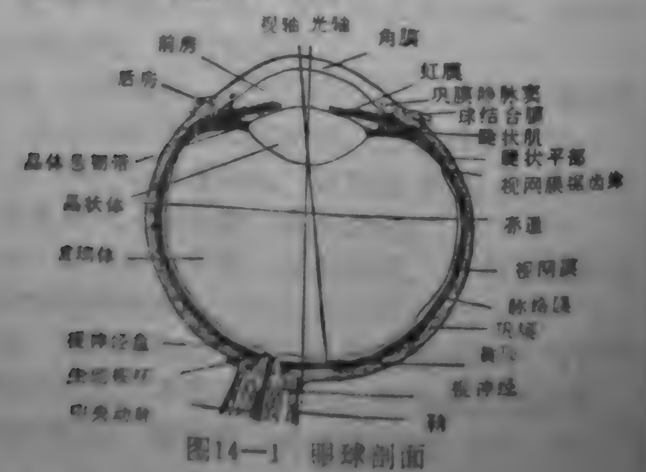


图14—1　眼球剖面

眼球

眼球为视觉器官，由眼球壁和眼内容构成。

1．眼球的外壳，可分外、中、内三层。

外层：前壁为透明样的膜叫角膜。后部为弹性组织构成叫巩膜。有保护眼球的作用。

中层：血管极多，所以叫血管膜，也叫葡萄膜。虹膜中间有瞳孔，其中有缩瞳肌和散瞳肌，管瞳孔大小，调节进入眼内的光亮。睫状体分泌房水，营养眼内组织。睫状肌收缩，可使晶体变凸，能使人看清近物体。脉络膜有营养眼内组织和遮光作用。

内层：视网膜—接受外界光线的刺激，经视神经传至大脑视中枢，产生视觉。

2．眼球内容：

房水：无色透明，经瞳孔到前房，再由前房角至巩膜静脉窦排出。如房水受阻，引起眼内压增高，即为青光眼。

晶状体：似一透明之凸镜。由于睫状肌收缩，晶体变凸，使屈折力增强。

玻璃体：占满眼球后部空间之透明胶状体。

眼球辅助器

1．眼睑：分上、下两部。上下眼睑缘间叫睑裂。上、下眼睑在内侧相连处叫内眦，在外侧相连处叫外眦。上、下睑缘近内眦处有突起，上有小孔

叫泪点。眼睑边缘称睑缘，前有睫毛向外前方，睑分五层：皮肤、皮下组织、眼轮匝肌、睑板、结膜（图14—2）。

2．结膜：球结膜复盖于巩膜表面。

睑结膜复盖于眼睑内面。

穹窿结膜：睑、球结膜联合处。

3．泪器：分泪腺和泪道。

图14—2　眼睑断面图

泪腺：位于眼眶外上方，分泌泪液，湿润眼球。

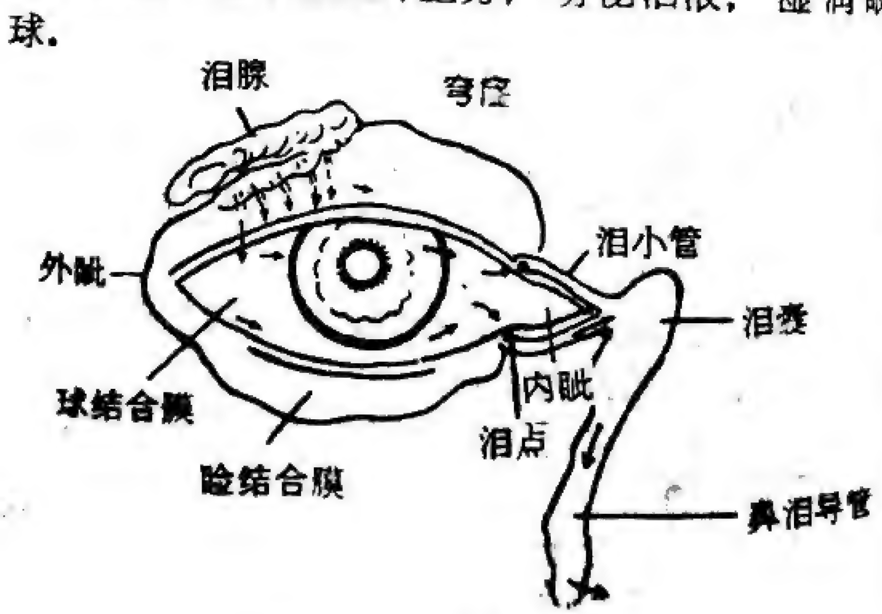


图14—3　结膜囊及泪器

泪道：上、下泪小点—泪小管—泪囊—鼻泪管、鼻下道（图14—3）。

睑　缘　炎

俗称“烂眼边”，睑缘皮肤，睫毛囊和腺组织的亚急性或慢性炎症。主要是葡萄球菌感染，眦部睑缘炎多为双杆菌感染。诱因为营养不良、贫血、体质衰弱等。

诊断

1．鳞屑性睑缘炎：睑缘稍肿胀，表面有上皮鳞屑，有点状皮脂溢出。在睫毛根部有结痂，除去结痂皮肤发红，但无溃疡。睫毛脱落仍能再生，自觉奇痒。

2．溃疡性睑缘炎：睑缘有较多结痂，除去结痂下面有溃疡，容易出血，将睫毛粘成束。睫毛脱落后因毛囊破坏多不再生，完全脱落成睫毛秃。

3．眦部睑缘炎：内、外眦处糜烂充血，有分泌物，重者出现皲裂，长期不愈可使眼裂缩小。

4．湿疹性睑缘炎：常因泪液刺激而引起湿疹和糜烂，有痒、痛、干燥、视力疲劳等症状。

治疗

1．放血疗法（见219页）。

2．中草药：

（1）复盆子叶（一方用复盆子）捣汁，涂眼

边上，一日三次。

（2） 黄柏研极细末，人乳调和，涂患处。

（3） 蚕砂1钱，甘草2分，研成粉，加入开水调成糊，涂擦患处。

3．局部注意清洁，涂1％白降汞或黄降汞软膏，每日3～4次；涂5％磺胺和青霉素软膏亦可。

4．用温水或3％重曹水将痂皮软化除去。

5．用0.5～2％硝酸银涂擦患处。

6．眦部睑缘炎点0.5％硫酸锌液有显著效果。

麦粒肿（睑边疖）

俗称"针眼"，是睫毛根部皮脂腺发生的化脓性炎症。

诊断

发病后睑缘有限局性红肿、疼痛、触痛、眼睑充血、肿胀、有硬结，波及结膜引起水肿，数日后可自行穿破排脓而痊愈。严重者可并发眼睑脓肿或眶蜂窝织炎。

治疗

1．新医疗法：

耳针（见169页）；挑治（见217页）；放血疗法（见219页）。

2．中草药：

（1） 蒲公英2两，菊花5钱，水煎，头煎内服。二煎熏洗患眼，每次15～20分钟，每日2～3次。

（2） 白芨与人乳磨汁，涂于患眼。

（3） 鲜生地捣碎取汁，与等量陈醋和匀，涂患处皮肤，每日数次。

（4） 枯矾研末，鸡蛋清调和成膏，敷于眼睑患处。

（5） 黄连加冷开水，研末后取其液涂于患处。

（6） 野芹菜花瓣贴患处。龙胆草1钱半，当归1钱，水煎服。

3．服卤硷。

4．可服磺胺或注射抗菌素。

5．局部涂消炎软膏及热敷。

6．脓点限局后不破溃，可切开排脓，切勿挤压脓点，以防引起海绵窦血栓。

霰粒肿（睑板腺囊肿）

由于睑板腺口阻塞，分泌物不能排除，贮留在腺腔内的结果。睑皮下出现一个或数个半圆形隆起，不与皮肤粘连，翻开眼睑，可见结膜呈紫红色，中央稍隆起，逐渐增大，



图14—4 睑板腺囊肿

自行破溃后在结膜处发生肉芽，多无自觉症状，有时通过(图14—4)。

治疗

1．耳针（见169页）。

2．中草药：

（1）生南星3钱，研粉醋调，敷于患处。

（2）昆布、黄柏各1钱，研成末，开水冲服，一日二次。

3．霰粒肿小者可行热敷，大者可行手术切开。切开方法：

（1）消毒：往结膜囊内点一滴红汞，皮肤用洁尔灭、酒精消毒。

（2）麻醉：用2％普鲁卡因2～3毫升注于结膜表面和穹窿结膜下。

（3）用睑板腺囊肿夹子夹住眼睑，翻转过来。无夹子可用左手拇、食指固定内、外眦处。

（4）用刀在囊肿中心结膜面和眼睑缘呈垂直作切口，切开囊壁，囊内容溢出。

（5）用刮匙伸进囊内刮净内容，可不缝合。

（6）涂上软膏，用纱布绷带压迫切口，包扎一天。

睑内翻和倒睫

睫毛一根或数根倒向眼内叫倒睫。若大部或全

部睫毛倒睫并使眼睑缘向内翻转者称睑内翻。主要是由沙眼所致的结膜疤痕收缩，或眼轮匝肌的痉挛造成。

诊断

由于睫毛刺激角膜、结膜，引起流泪，异物感、结膜充血、角膜混浊及角膜溃疡等症状。

治疗

倒睫：可用镊子将倒下的睫毛拔除。因拔后容易再生，故最好用电解法拔除。

电解法：用普通的电池两节，使阳极与阴极串连，将阳极之线端包以湿盐水棉球，置于患者颞侧颊部，阴极之线端缚上短针灸针（图14—5）。先将患者眼睑消毒，再用2％普鲁卡因麻醉，后将针尖向睫毛方向刺入深约2毫米，直至睫毛根部。此时可见血色泡沫渗出，这表示毛囊已被破坏。这时可将针拔出，用镊子轻轻一夹，睫毛随即脱落。拔睫毛时如遇抵抗，则知电解时针刺方向不对，毛囊未被破坏，须重新电解，不可强力拔出。手术后涂上软膏。

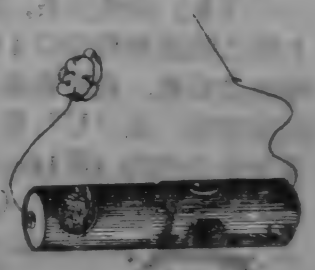


图14—5　简单的电解器

睑内翻需手术治疗。方法有三：

1．睑板切断术：

（1）局部消毒：用75%酒精或新洁而灭。

（2）麻醉：2%普鲁卡因2～3毫升注入穹窿部和睑部皮下。

（3）翻转上睑穹窿部放牛角板或一弧形木板。

（4）切口：距睑缘2毫米处，平行切开睑结膜及睑板（图14—6）。

（5）缝线三条，缝针由切口上唇之结膜面距切口1毫米处穿入并通过睑板，在距睑缘2毫米之皮肤面穿出，成“U”形。三条线位置要适当均匀（图14—7）。

图14—6切断睑板



图14—7 三对双头针作三对褥线

（6）结扎缝线时，先结扎中间的。做结时睑缘即向外翻转。

（7）眼涂消炎软膏，包扎。

（8）三天交换敷料，5～7天拆线。

2．褥式缝合法：

（1）消毒、麻醉、切口同上法。

（2）缝合用一条长线，两头各穿一针，由睑皮正中刺入，各缝一针，两头不断线缝合，两头打结。注意缝合线，松紧要均匀（图14—8）。

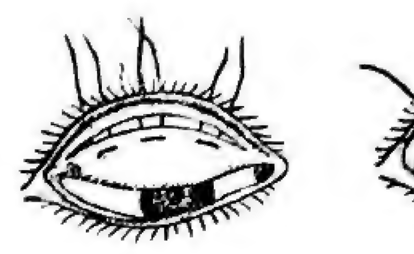




图14—8 三针缝合法、褥式缝合法

3．瘢痕性睑内翻矫正术：

（1）麻醉、消毒同上。

（2）将牛角板（舌压板，木板）放入上睑下，以支持上睑和压迫止血。

（3）切口：沿睑缘之全长、距睑缘2～3毫米处，平行切开皮肤和眼轮匝肌。

（4）将皮下组织和眼轮匝肌各剪去一条，露出睑板。

（5）用刀将睑板割去一楔形长条，割得不要距睑板上缘太近，以免不易穿线。

（6）用线将切口分五针缝合。缝法：先穿过切口下唇皮肤，再穿过睑板上部和切口上唇的皮肤，五根线都缝合好再结扎。于是内弯的睑板可变直或弯向外。包扎5～7天拆线。

慢性和急性泪囊炎

由沙眼或其他原因引起鼻泪管阻塞，（如鼻粘膜肥厚、中隔弯曲、上颌窦手术等）。泪液不能流入鼻腔，由化脓菌感染，变成脓性或粘液脓性，淤积于泪囊内，称泪囊炎。

诊断

主要是溢泪，遇风刺激加重，压迫泪囊有粘液或脓性分泌物，从小泪点流出。慢性泪囊炎可发生急性感染，泪囊部皮肤发红、肿胀、疼痛，数日后化脓破溃，急性炎症消退，多数可愈，少数可形成瘘管。

治疗

1. 新针（见 153 页）。

2. 中草药：

（1）经冬桑叶 3 钱，煎水倒入净杯中熏洗患目。经常熏洗。

（2）青鱼胆一个，儿茶 3 钱，一起炖熟，待冷后用滤液点眼。

3. 压迫泪囊排净分泌物，滴眼药水。

4. 冲洗泪道，冲洗后注入0.5～1毫升消炎药水。隔日一次或每周两次。冲洗方法：将浸有0.5%达克罗宁或2%地卡因棉球放内眥闭眼 5 分钟。用五毫升注射器，将16号针的针尖磨平、折弯，自下泪点插入，继之将针头与睑缘平行，向内眥部推进约5～6毫米后注入盐水。若洗液由鼻腔流出，证明泪道通畅，若由上下泪点反流，说明泪道不通。

5. 手术治疗：年青人鼻腔无副鼻窦炎者可行泪囊鼻腔吻合术，如老年人泪囊过小者可行摘出术。

沙　　眼

沙眼是由滤过性病毒所致的，流行最广，对劳动人民危害最大的传染病。因此，我们“赤脚医生”在沙眼的防治工作中，一定要狠批刘少奇的“重治轻防”，轻视常见病、多发病防治工作的反革命修正主义卫生路线。深入开展群众性的防病治病工作，把沙眼的预防知识交给群众，使沙眼的发病率迅速降低，更有效地保障广大贫下中农的身体健康。

诊断

1. 浸润期（第一期、沙Ⅰ）：

上睑结膜和穹窿部有大、小不等的黄色半透明

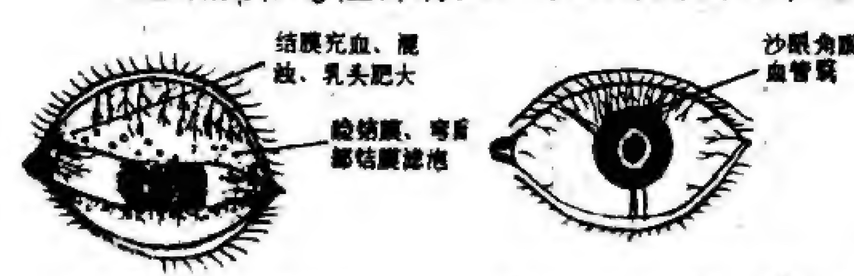


图14—9 浸润期　　图14—10 角膜血管翳

滤泡形成，结膜组织充血、混浊、血管辨认不清，结膜上皮增厚、粗糙不平有丝绒状乳头增生，角膜发生血管翳或溃疡（图14—9、10）。

2. 疤痕期（第二期、沙Ⅱ）：

上述病变逐渐变成瘢痕组织，轻者呈白色绒状或网状，重者呈片状瘢痕，乳头、滤泡逐渐减少，角膜血管翳退化，最后完全变成瘢痕（图14—11）。

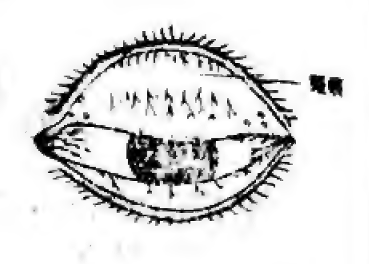


图14—11 瘢痕期

3. 沙眼多无明显自觉症状，可有发痒、异物感及分泌物增多。

4. 合并症：有倒睫、内翻、血管翳、睑球粘连、慢性泪囊炎、角膜溃疡、眼球干燥症等。

预防

沙眼的发病率高，危害性较大，必须坚决贯彻毛主席**"预防为主"**的伟大方针，做好预防工作，沙眼主要通过手巾、脸盆、洗脸水做媒介而传染，

1. 人人养成讲卫生的习惯，不用手揉眼。

2. 尽量做到每人用一条毛巾。

3 不要和有沙眼的人共用脸盆和毛巾，全家不要共用一盆水洗脸。

4. 服务性行业、浴池、理发社、旅社的脸盆、毛巾要定时洗烫消毒。

治疗

1. 中草药：

（1）化铁丹眼药水，一日3～4次点眼。处方：雄鸡化骨（脾脏）三个，乌梅三个，杏仁(研)七个，川椒2钱，砂仁（打碎）1钱，风化硝3钱，青盐1钱，铜钱一枚，绣花针三个。放于瓶内加蒸馏水500毫升浸泡，将瓶口封闭，七日后铁化即可。同时滤过两次，与硼酸缓冲液1：4配成眼药水（附：硼酸缓冲液制法：硼酸0.2克溶成90毫升，硼砂0.05克溶成110毫升，氯化钠0.54克；再加水到1,000毫升）。

（2）鲜蒲公英茎中白汁滴眼。或用鲜蒲公英1两水煎，熏洗患眼，一日二次，连续熏洗数天。

（3）黄连素海螵蛸棒，制法：把海螵蛸制成棒状，浸入1%黄连素液内，煮沸30分钟，置消毒盘内晒干备用。用法：用药棒按磨沙眼，隔日一次。

（4）海螵蛸大蒜汁法，同上法，将浸大蒜液的海螵蛸棒，每5～7日按磨一次，把乳头滤泡磨平。

2. 手术疗法：

（1）滤泡挤压法：局部消毒，滴1%地卡因于结膜囊内，于上睑穹窿部，注入2%普鲁卡因2～3毫升，用小刀轻轻划破滤泡，用夹子将泡内容挤

口，不用包扎。

（2）硫酸铜棒磨擦法：用玻璃棒或小木棒后缠上棉花浸沾 0.5% 硫酸铜液，磨擦乳头和泡。

3．口服磺胺 7～10 天为一疗程，可停数日进行第二疗程。

急性结膜炎（暴火眼）

由葡萄球菌、肺炎球菌、链球菌等引起的结膜急性传染病。

诊断

1．自述眼痛、流泪、怕光，有异物感。

2．结膜充血、混浊、水肿、分泌物多。

3．晨起时眼睑常被分泌物封住，有时伴有角膜浸润，轻者数日～2 周可愈，重者数周。

预防

本病有传染性，发现后应积极预防和治疗。单眼发生，医生先检查健眼，后检查患眼。患者手帕不要擦健眼，以防交叉感染。患者用过的脸盆、手巾，别人不能使用。

治疗

1．新医疗法：新针（见 153 页）；耳针（见 169 页）；经穴疗法（见 198 页）；放血疗法（见 21 页）。

2．中草药：

点眼：

（1）紫花地丁，捣烂取汁，每日点眼 5～6 次。

（2）蒲公英或苣荬菜茎，取汁点眼。

（3）鲜车前草捣烂取汁与等量人乳混合点眼，日 3～5 次。

（4）黄连 0.5 钱，酒一盅，将黄连放酒内，将酒点燃，待火灭放凉后，点眼。

熏洗：

（1）蒲公英 1～2 两，水煎。头煎内服，二煎熏洗患眼。

（2）黄芩或桑叶或菊花，煎汤，熏洗。

（3）蒲公英、桑叶各 3 钱，黄连 2 钱，煎水熏洗，每日 3～4 次。

3．用生理盐水或 2 %硼酸水洗眼。

4．抗菌素点眼：用0.25%氯霉素或 0.5% 金霉素点眼。

5．10%磺胺醋酰钠液点眼，如有可能最好两小时一次。

6．用抗菌素软膏涂眼，每日一次。

翼 状 胬 肉

由于患沙眼或长期受各种刺激，使睑部结膜肥

厚，成三角形肉可伸入到角膜（图14—12）。

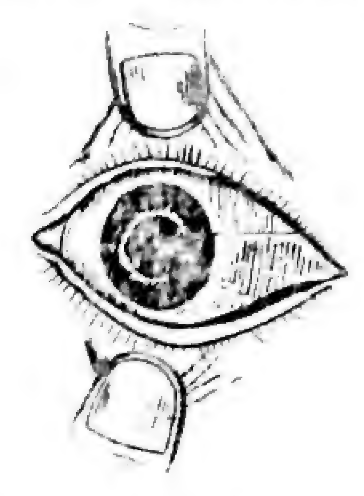


图14—12 翼状胬肉

诊断

1. 初起无任何症状，伸入到瞳孔区时影响视力。

2. 胬肉呈三角形，翼，多在鼻侧，似昆虫翅膀，有头、颈、体。

3. 分进行期和静止期两种。进行期有充血，肥厚显著，前端混浊。静止期不充血，较薄，前端清亮。

治疗

1. 静止期不影响视力者可不治疗。

2. 针刺法：

（1）先在患眼滴1%地卡因（0.5%达克罗宁）两次，行表面麻醉。

（2）用针尖把胬肉体部的血管挑破出血。

（3）胬肉头、颈部用针柄剥离，然后敷药包扎。每日一次。

3. 对进行期患者可作手术。但单纯切除较易复发，目前多做结膜瓣移植法。

角膜溃疡

角膜溃疡是角膜上皮由于沙眼或外伤（如麦穗、谷壳、包米秸、树枝等刺伤）被细菌感染所致。营养不良或传染病后也可能发生。

诊断

1. 单纯溃疡有视力减退、眼痛、流泪、怕光、头痛。

2. 角膜周围呈睫状充血，角膜上有灰白色小点，混浊、眼睑痉挛。

3. 角膜溃疡向深层发展可穿透，可使前房水

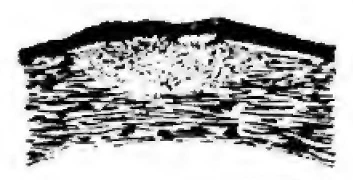


图14—13 角膜浸润



图14—14 角膜溃疡

混浊变成脓性，即前房积脓，使虹膜脱出。如感染加重可引起全眼球炎，造成失明（图14—13、14、15）。

治疗

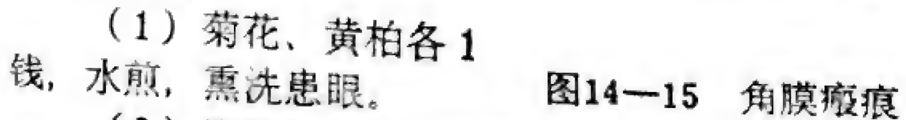
1. 针刺合谷、风池、太冲、睛明。耳针目$_1$、目$_2$。

2. 中草药：

外用药：



图14—15 角膜瘢痕



（1）菊花、黄柏各1钱，水煎，熏洗患眼。

（2）取猪胆汁用微火熬干作菜子大小丸，每次纳入内眥一粒，每日三次。

（3）蜂蜜（过滤）点眼内。

内服药：

（1）白菊花、蝉蜕各2两，研细末，每次3钱，加蜜3钱，水煎服。每日三次，或用开水冲服。

（2）冬桑叶、连翘各3钱，白芷2钱，川芎1钱，水煎服。

3. 用1%阿托品液使瞳孔保持散大。

4. 点消炎药水：0.25%氯霉素，10%磺胺醋酰钠，2%狄奥宁液。

5. 热敷或用1∶5000呋喃西林温液浸眼。

6. 重者服消炎药。

7. 局部结膜下注射青霉素5万单位。

8. 维生素甲、丙内服。

9. 后期可点0.5%醋酸可的松液。

结膜充血和睫状充血的鉴别

病名 症状 项目	结膜充血	睫状充血
部位	愈接近穹窿部愈明显、较浅	愈接近角膜愈明显，较深
颜色	鲜红色	淡紫或紫色
移动性	推动结膜血管随之移动	不移动
血管状态	弯曲不规则、分布呈网状	血管小、深而直，模糊不清

急性虹膜睫状体炎

多由局部外伤和角膜溃疡感染而引起。风湿症、结核或病灶性的扁桃体炎，副鼻窦炎，龋齿等常易发生。

诊断

1. 患眼疼痛，流泪，怕光，视力减退。

2. 睫状充血，瞳孔变小，有时不规则，虹膜肿胀纹理不清，有时有渗出物，对光反应迟钝。

3. 如病情反复发作引起瞳孔后粘连，房水不通，可引起继发性青光眼。

4. 此病应和急性结膜炎、急性充血性青光眼相区别。

病名 症状 项目	急性虹膜睫状体炎	急性充血性青光眼	急性结膜炎
1. 疼痛	眼部疼痛，夜间重	眼部伴有同侧剧头痛	异物感，无头痛
2. 视力	稍减退	极度减退	不减退
3. 分泌物	无	无	有
4. 角膜	透明	混浊如雾状	透明
5. 瞳孔	缩小	散大	正常
6. 眼压	正常或有时稍高稍低	增高、眼球坚硬如石	正常

治疗

1．新医疗法：

（1）针灸：合谷、曲池。

（2）卤碱内服或静注有显效。

2．中草药：

外用方：猪胆(羊胆、鸡胆、鱼胆均可)一个，取胆汁，用生理盐水配成10％溶液，点眼，每日三次。

内服方：

（1）盐黄柏、盐知母各5钱，共研细末，每日二次，每次1～2钱。

（2）双花、石决明各3钱，菊花2钱，甘草1钱，水煎服。

（3）金银花5钱，蜜桑叶、蔓荆子、枳壳、芦荟各钱半，花粉、元明粉、黄柏、龙胆草各3钱，甘草1钱，水煎服。用水300毫升煎成100毫升，煎2次，连服2～3天。

3．1％阿托品散瞳，若瞳孔小需连续点眼，直到散开为止。

4．热敷。

5．0.5％可的松液点眼，一日3～4次。

6．口服水杨酸，一次一克，一日三次。

青　光　眼

眼压增高即为青光眼。是眼的严重疾病，常引起失明。前房角变窄，房水排出障碍，情绪波动，疲劳，常为诱因。

诊断（病情分三期）

1．前驱期：开始眼胀痛，视力减退，看灯光周围有彩色环，睫状充血，瞳孔散大，眼压增高。若休息及治疗，可恢复正常。若未治疗可转至急性发作期。

2．急性发作期：眼压剧烈增高，头剧痛，恶心呕吐，瞳孔散大，角膜呈哈气后的玻璃样，睫状充血，角膜水肿，眼球坚硬如石。

3．绝对期：本病最后阶段完全失明，无光感，眼压高延至数月、数年，视神经萎缩。

治疗

1．新医疗法：（1）耳针：眼穴、目$_1$目$_2$，有明显止痛作用，睫状充血亦能减轻。

（2）针灸：三阴交、风池、太阳、合谷。

2．中草药：

（1）当归3钱，川芎5钱，赤芍3钱，菊花3钱，水煎服。

（2）黄连1两，熟地2两，草决明1两，羊肝一付，先将黄连，草决明研为细面，把熟地蒸软同肝及药面捣烂为丸。每早、午、晚饭后服一次，每服一丸，茶水送下。

（3）元参5钱，大黄、桔梗、当归各2钱，

黄芩、知母、龙胆草、羌活各3钱，车前子5钱，芒硝钱半，水煎服。或用龙胆泻肝丸，每服2钱，每日2次。

3．首先是点缩瞳剂：1%匹罗卡品，0.25%依色林交替点眼，五分钟一次，持续2～3小时，直至眼压降低，再减少点眼次数。

4．服乙酰唑胺0.5克及重曹1克，或甘油50毫升，尿素50克顿服，如眼压不下降，4小时可再服一次。

5．50%葡萄糖50毫升静注，20%甘露醇200毫升静点。

6．镇静止痛，氯丙嗪25～50毫克内服，或肌注苯巴比妥钠、阿米妥钠。

7．封闭疗法，2%普鲁卡因2毫升行球后封闭。球后注射：在外下方眶缘用碘酒、酒精消毒，叫患者向上方看，用4厘米长针头，由外下方眶缘皮肤刺入，深度不超过3.5厘米，抽吸无血即可注入。拔针后压迫针孔数分钟。

8．慢性青光眼可用虹膜切除术、虹膜嵌入巩膜术，角膜环钻术治疗。

白 内 障

晶状体混浊称为白内障。分先天性和后天性两种，先天性白内障又分部分和完全两种。不影响视力可不治疗，影响视力可行手术。后天性白内障，常见为老年性白内障。

诊断（老年性白内障分四期）

1．初期：晶体病变未侵入瞳孔区，皮质呈扇形混浊，不影响视力。

2．未熟期：晶体水份增加，膨胀，前房变浅、晶体皮质大部混浊、明显视力障碍。

3．成熟期：过数月或若干年，晶体全部混浊，前房正常，看不清物体，仅有光感。

4．过熟期：晶体融化，核下沉，玻璃体液化。

治疗

1．成熟期可行针拨术或摘除术。

2．白内障初期可服卤碱或行针刺治疗。

3．中药，磁珠丸每日3～4钱，分三次服。

眼 外 伤

眼外伤在平时或战时发生是较多的，我们要遵照毛主席的教导：**“备战、备荒、为人民”**，掌握好治疗眼外伤的方法，在埋葬帝、修、反的战争中立新功。

结膜和角膜异物

在战时，弹屑、土块、砂石，平时在农村中麦芒、稻穗、谷壳、谷糠都可能落于结膜囊内或角膜

上，造成结膜和角膜异物。

诊断

1．异物进入后引起流泪、怕光、异物感、眼痛。

2．翻开眼睑可在角膜上或结膜囊内见有异物。

3．异物长时间未取出，刺伤角膜可形成角膜溃疡。

治疗

1．用小镊子取出或用棉球沾出结膜囊内的异物。

2．点1％地卡因麻醉后用棉棒擦出或用针头挑出角膜异物。

3．角膜上可用消毒头发丝，两端平角膜滑过，将异物刮掉。

眼球穿孔伤

战时因弹片、石头、土块，平时因树枝、玉米、高粱秸刺伤；锄、镐及劈柴时挫伤；或修理农具铁屑崩伤眼球，造成穿孔。

诊断

1．有外伤史，眼痛、怕光、流泪、异物感。

2．角膜穿孔伤，常伴有虹膜脱出，瞳孔变形，外伤性晶体脱臼或混浊。

3．巩膜穿孔伤常有睫状膜脱出，眼内出血，

及玻璃体脱出，若感染可引起全眼球炎，睫状体受伤易引起交感性眼炎，即：此眼发生虹膜睫状体炎，另一眼也发生，常可引起失明。

治疗

1．检查时不要压迫眼球，以防内容全脱出。未缝合创口前不能洗眼。

2．角膜伤口小于3毫米可不缝合。脱出角膜外的虹膜需全部剪掉，不能送回眼内。大于3毫米用小针细丝线缝合，10～12天拆线。

3．巩膜伤口大，睫状体，脉络膜脱出不应剪掉，而应送回，将巩膜缝合。

4．用1％阿托品散瞳。

5．抗感染：结膜下可注射青霉素5万单位，服磺胺和应用各种消炎药。

眼化学烧伤

战时毒气，平时强酸、强硷、石灰、农药、氨水等溅入眼内，可引起眼的化学烧伤。

诊断

根据致伤物质浓度和存留眼内时间长短不同，轻者仅角膜表层受损，上皮脱落，结膜贫血。重者引起角膜和结膜坏死，酸性物质损伤较轻，硷性物质损伤则重，向组织深部蔓延，损伤当时不易确定损伤程度。

治疗

1．眼化学烧伤后立即用大量清水冲洗，要争分夺秒，冲洗越快越彻底越好。

2．中和：酸性用 2 %重曹水冲洗；硷性用 2 %硼酸水冲洗。

3．冲洗后涂消炎软膏，防止睑球粘连。

4．抗感染可用青霉素 5 万单位，在结膜下注射。角膜伤时用 1 %阿托品散瞳。

原子能损伤

原子弹或氢弹爆炸时，冲击波可造成眼球破裂或出血；高热可造成严重烧伤；贯穿辐射和放射线灰可引起眼部急性炎症，如结膜充血、水肿、角膜混浊、虹膜睫状体炎、晶状体混浊、玻璃体出血、视网膜水肿等。

治疗

除综合治疗外，眼部可用 2 %硼酸水或生理盐水冲洗，用 1 %阿托品散瞳，涂消炎软膏，包扎患眼，控制感染。

耳鼻咽喉病

耳鼻咽喉的简要生理

外耳：由耳廓、外耳道组成。耳分外耳、中耳、内耳。外耳道长约2.5～3.5厘米，为一弯曲通道，外三分之一是软骨部，能活动，内三分之二是骨部。看耳膜成人需往后上牵引耳廓，小儿往后下。中耳：由鼓膜（图14—17）、鼓室、乳突构成。

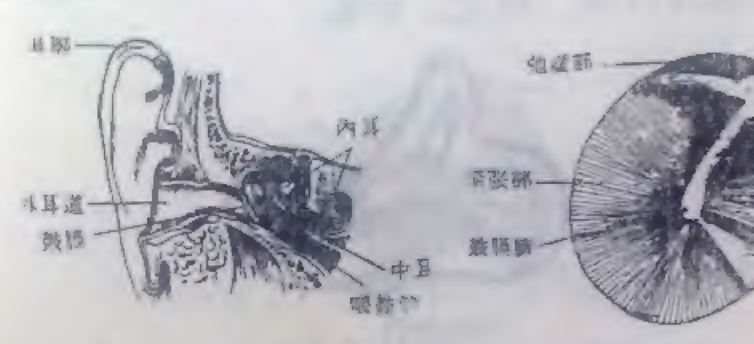


图14—16　耳的解剖图　　　　图14—17　鼓膜

鼓膜位于外耳道与鼓室之间。鼓膜上有短突、槌骨柄、光锥。鼓室有三块听骨，六个壁。上壁和颅中凹仅隔一骨板。前壁咽鼓管口通向鼻咽部。内耳：由前庭、耳蜗、半规管构成。耳蜗传导和感受声音；半规管和前庭司管人体平衡(图14—18)。

鼻：分外鼻、鼻腔、鼻窦（图14—19）。

外鼻：由骨、软骨、皮肤构成，突出面部，外伤时易造成骨折。

鼻腔：鼻腔起于前鼻孔，止于后鼻孔，由中隔分左右两腔。鼻腔有四个壁：上壁有嗅神经进入颅内；内壁中隔前方有血管丛，极易出血，称“中隔出血区”；外壁有上、中、下三个鼻甲，鼻道。鼻窦

口开于鼻道内。蝶窦、后组筛窦开口于上鼻道；上颌窦、前组筛窦、额窦开口于中鼻道；下鼻道为上颌窦内侧壁。上颌窦穿刺从此壁进入。中鼻甲以上为嗅区。鼻窦有四对，上颌窦、筛窦、额窦、蝶窦。鼻的功能是呼吸、嗅觉、共鸣。

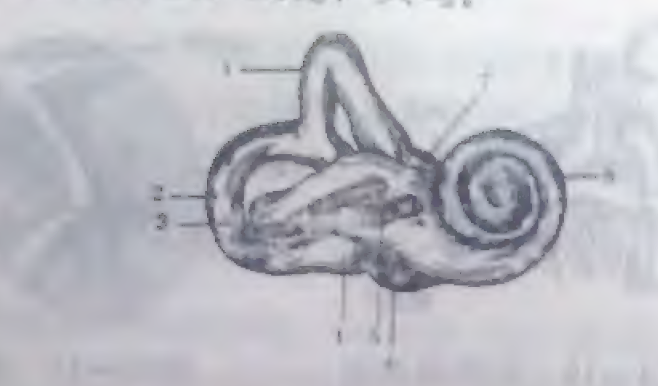


图14—18　骨迷路及膜迷路

1．上半规管　2．后半规管　3．外半规管
4．后半规管壶腹　5．前庭窗　6．蜗　窗
7．前　庭　8．耳　蜗



图14—19　鼻腔

咽：上起颅底，下达第六颈椎与食道入口相通，分鼻咽、口咽、喉咽。鼻咽前为后鼻孔，下与口咽相通，咽鼓管口开于鼻咽。口咽两侧有扁桃体。咽主要有呼吸和吞咽作用（图14—20）。

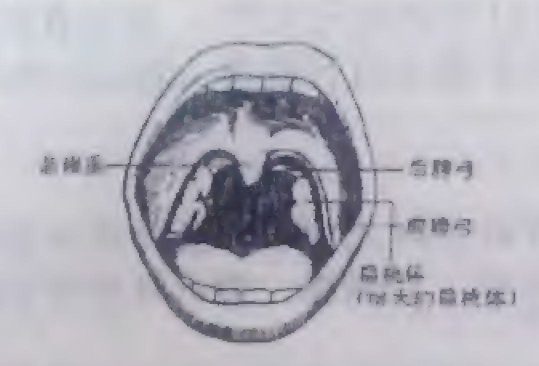


图14—20　咽及扁桃体

前

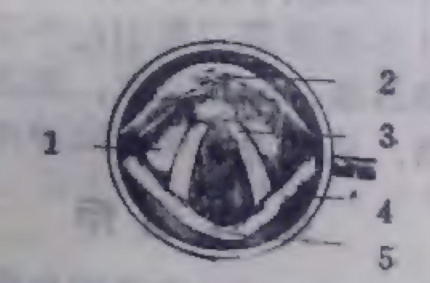


图14—21　间接喉镜检查所见

1.假声带(室皱壁)　2.会厌　3.声带
4.会厌披裂皱壁　5.披裂间切迹

喉：上接咽，下接气管、声带、声门，是呼吸道最狭窄部，喉有发音和呼吸功能（图14—21）。

耵聍栓塞

耵聍系耵聍腺的分泌物，有粘着性，可防异物，正常时干燥后自行脱落，若分泌物过多堆积而成块栓。

诊断

1．耵聍少时无症状。多时进入水以后膨胀引起耳鸣、耳聋、胀满感，接近耳膜可引起疼痛及眩晕。

2．耳道内有棕黄色、褐色或黑色很硬的栓块状物。

治疗

1．小时用镊或小钩取出。

2．大时不要硬取以免引起外耳道炎，可点10%碳酸氢钠溶液，一日三次，使其软化再用装有温水的注射器，从耳道上壁方向冲洗出来。

外耳道疖

由于外耳道毛囊或耵聍腺管被葡萄球菌感染所致。挖耳造成损伤及脏水、污物的浸入为主要致病因素

1．耳痛，咀嚼痛，夜间痛加重，耳翼牵引痛，耳屏压痛。

2．外耳道限局性红肿或弥漫性肿胀，表面有白点，破溃则脓汁溢出。

3．炎症扩散可引起耳后脓肿，应与急性乳突炎之脓肿相鉴别。

	外耳道疖	急性乳突炎
病史	有挖耳或耳损伤病史	有耳流脓史
全身症状	不明显	有畏寒发烧，全身不适
疼痛	在外耳道	在耳深部和乳突区
触痛	提耳屏、耳廓剧痛	乳突区有明显压痛
鼓膜	无明显变化	穿孔或流脓
脓液	量少而无粘液	量多，粘液性或脓性
听力	正常或稍障碍	明显障碍

预防

不用火柴干、发夹挖耳，游泳时用棉球塞耳。

治疗

1．耳针（见170页）。

2．多发性疖肿，一定把外耳道深部分泌物拭净，很快痊愈。

3．中草药：连翘4钱，银花4钱，赤芍3钱，

龙胆草2钱，水煎服。

4．脓肿形成不破溃，可纵行切开。

5．点1％黄连素液，1～3％酚甘油。

6．可服磺胺。

7．热敷。

卡他性中耳炎

咽鼓管阻塞，外界空气不能进入鼓室，原有空气被吸收，中耳呈负压，液体渗出存于鼓室内，多由上呼吸道感染或鼻腔疾病所致。

诊断

1．急性炎症有剧烈耳痛、耳鸣、突然失听、阻塞感，头部有流水声，自听声大如在坛中。

2．耳膜内陷，有渗液者可见“毛发线”，耳膜呈微黄色。

3．头部移动“毛发线”随着移动，自己鼓气后可见气泡。

4．慢性炎症有的耳膜与鼓岬粘连。

治疗

1．经穴疗法（见198页）。

2．中草药：银花、蒲公英各3钱，连翘4钱，菊花2钱，桔梗1钱，薄荷1钱半，水煎服，连服3～4剂。

3．1％麻黄素液点鼻。

4．耳咽管通气：闭上口用手捏住鼻翼作擤鼻动作，空气进入中耳，听力当即好转或恢复。

5．内服消炎药。

6．内服阿托品0.0003克，一日两次，另外服抗过敏药。

7．如液体不吸收可行耳膜穿刺：用一长针，针尖磨平，用酒精消毒耳膜，点2％地卡因数滴，10分钟后在耳镜下于耳膜前下或后下刺入耳膜内，进入即可，将液体抽出，抽后再行鼓气，将液体全排出。

8．除去病因，若下鼻甲肥大，扁桃体炎，可行手术摘出；副鼻窦炎，消炎治疗。

化脓性中耳炎

系化脓菌通过咽鼓管、耳膜、血行进入中耳粘膜而发生化脓性炎症。多由鼻腔、鼻窦急慢性炎症，或擤鼻、耳膜外伤引起。全身病如糖尿病、肾炎、结核、营养不良或猩红热、麻疹、百日咳等传染病，最易发生中耳炎。

急性化脓性中耳炎

诊断

1．突然剧烈耳痛，跳痛难忍，伴有头痛。

2．体温升高39°～40℃，恶寒战慄。

3．听力突然显著减退，耳鸣。

4．小儿则哭闹不止，夜间尤剧，烦躁不安。

严重者有恶心，呕吐，惊厥。

5．耳膜早期充血，膨隆，晚期穿孔流脓，一般穿孔后：上述症状多消失或减轻，穿孔小，可见光线搏动反射。

预防

1．加强锻炼身体，增强体质。

2．积极预防上呼吸道感染。

3．感冒时不用力擤鼻，要一侧一侧地擤鼻。

4．避免污水进入耳道，进入后应立即清除。

5．患麻疹、猩红热时要注意预防合并中耳炎发生。

6．鼻及副鼻窦有炎症时早期治疗。

治疗

1．中草药：

滴耳剂：

（1）鲜马齿苋捣烂，绞取自然汁，滴入患耳内，一日三次。

（2）鲜生地根，挤汁滴耳。

（3）鲜益母草嫩叶，挤汁滴耳。

（4）大蒜捣烂，加水少许，用布过滤滴耳。

（5）取熟鸡蛋黄，熬油，加冰片、硼砂细末少许，滴入患耳内，一日三次。

（6）五倍子（焙黄）研面，香油调滴耳。

（7）枯白矾不拘量，冰片少许，共研末，以香油调成稀糊状，每日滴耳2～3滴。

喷撒剂：

（1）冰片0.1钱，玄明粉、硼砂各1钱，朱砂0.1钱，共研细末，喷撒入耳内，每日一次。

（2）轻粉0.3钱，枯矾3钱，冰片0.4钱，研粉吹入耳内。

（3）冰硼散4钱，加磺胺噻唑4钱，煅石膏0.8钱，研细末，撒至耳内深部，一日1～2次。

（4）枯矾1两，合猪胆汁成糊状待干，冰片0.5钱，研面吹入耳内。

注：滴、散剂入耳前应先清除耳道脓汁污物。

内服药：急性中耳炎或慢性中耳炎发作时

（1）双花、黄芩各4钱，蒲公英、紫花地丁各6钱，龙胆草、赤芍各3钱，水煎服。

（2）苦丁茶、银花、钩藤、夏枯草各3钱，荆芥穗、赤芍、菊花、黑山栀、淡黄芩各钱半，石决明5钱，柴胡0.5钱，水煎服。

2．给与磺胺或青霉素。

3．耳膜穿孔前，点3％酚甘油。穿孔后用3％双氧水拭净分泌物，点0.25％氯霉素、0.5％合霉素、10％磺胺醋酰钠等消炎液。

4．1％麻黄素液点鼻。

5．如耳膜排脓不充分，可行耳膜切开或穿刺。

慢性化脓性中耳炎

是中耳慢性化脓性炎症，分良性和恶性两种。此病较为常见，又常被人忽视，治疗不及时易造成不良后果，引起危险的颅内并发症。身体抵抗力弱，细菌毒力强，或急性炎症未及时治疗或治疗方法不当，均可导致慢性炎症。

诊断

1．良性：病变多在中鼓室，流脓多呈间歇性。重听和耳鸣较轻，有时有耳鸣。多在耳膜中心，或下方或前下方形成小穿孔，没有骨质破坏。一般治疗效果良好（图14—22）。

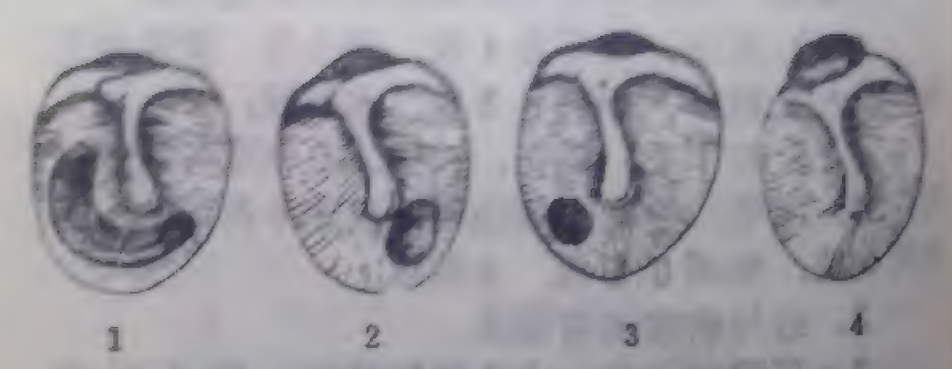


图14—22　慢性化脓性中耳炎各种鼓膜穿孔

1.鼓膜豆粒形穿孔　2、3.鼓膜中央小穿孔，多是咽鼓管传染　4.鼓膜松弛部及鼓隐窝外侧壁穿孔

2．恶性：又为危险型、胆脂瘤型。占中耳炎30—40%。病变严重，多有并发症、流脓多，持

粘性而又恶臭。耳膜穿孔多在边缘，松弛部或耳膜全缺，使外耳道上皮或鼓膜表面上皮向穿孔处增长，上皮脱落，堆积成团，形成胆脂瘤而破坏骨质。

胆脂瘤如不及时治疗，易合并面神经麻痹、迷路炎、耳源性脑膜炎、横窦血栓、耳源性脑脓肿等，后者可出现剧烈头痛、恶心、呕吐、瘫痪、共济失调、脉搏缓慢等症状。

预防

同急性中耳炎。

治疗

1．中草药（同急性化脓性中耳炎）。

2．良性中耳炎用干燥疗法：3%双氧水清拭分泌物，点4%硼酸酒精、0.5～1%黄连素、1%链霉素、0.25%氯霉素。穿孔大而分泌物少时可用2%碘硼酸粉，合霉素粉；干耳后穿孔小时可用40～50%硝酸银烧灼穿孔缘后放一玻璃纸，促使穿孔愈合。用枯矾5两，冰片2钱研成细末，吹入耳内，每日一次。

3．用麻黄素液点鼻。

4．恶性（胆脂瘤型）应早期手术治疗。

5．有并发症者需立即手术。

聋　哑　症

聋哑症是从幼小耳聋，不能学习语言，造成既

聋又哑。原因有：先天性多为父母近亲结婚，胎儿内耳发育不全；后天性，多是流脑、脑炎、麻疹、伤寒等传染病后，或链霉素、新霉素、卡那霉素、奎宁等药物中毒造成。

诊断

1．有传染病或用药史。

2．耳道，耳膜正常。

3．音叉检查呈感音性耳聋。

预防

坚决贯彻“**预防为主**”的方针，积极防治急性传染病及中耳炎。不乱用药物，严格掌握药物剂量。

治疗

1．新医疗法：新针（见136页）；经穴（见197页）。

2．可服维生素乙$_1$每次20毫克，一日三次，长期服。肌注维生素乙$_{12}$100～200微克，每日一次。

3．治疗方针是“聋靠治，哑靠教，重点治聋，聋哑兼治，治训结合”。

鼻出血（鼻衄）

鼻出血不是单纯一个病，而是许多病的一个症状。分局部和全身原因，局部有：鼻骨骨折、鼻外伤、鼻内手术后、鼻内异物、鼻中隔弯曲、萎缩性鼻

炎、鼻内血管瘤、纤维瘤、鼻及鼻窦肿瘤。全身病有：流感、流行性出血热、伤寒、猩红热、白喉、心脏病、肾脏病、肝硬化、高血压、动脉硬化、血友病、白血病、紫癜、坏血病、倒经、化学药品中毒等。

小量出血可自行止血，若大量出血可引起休克，不及时处理可以导致死亡。出血病人往往精神紧张，烦躁不安。这时“**我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作。**”切不可惊慌失措，首先应当鼓励和安慰病人，增强战胜疾病的信心，解除恐惧心理，密切配合治疗。

治疗

1．小量出血，坐位用手捏住两侧鼻翼，即可止血。

2．出血多，先用棉球或棉片沾上1%麻黄素或0.1%肾上腺素，塞入鼻腔，一般能止血。

3．仍出血，精神紧张时，可先注射一支吗啡、度冷丁或鲁米那，取净鼻腔内之凝血块、尽量找到出血点后，用油纱条填塞止血，或用橡皮指套放入鼻腔，然后将油纱条塞入指套内止血。在24～36小时取出。

4．前鼻孔仍不能止血，可行后鼻孔栓塞止血。方法：

（1）用纱布做成直径2厘米的纱布卷，系上

三根15厘米长的绳子。

（2）用导尿管从鼻腔塞入口腔，用钳夹出（图14—23）。

（3）将纱球上的两根绳系导尿管上，从鼻把导尿管退拉出（图14—24），一手挑起软颚将纱球送入后鼻孔。

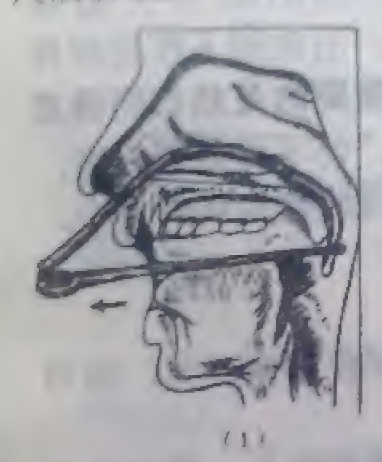

（1）

图14—23

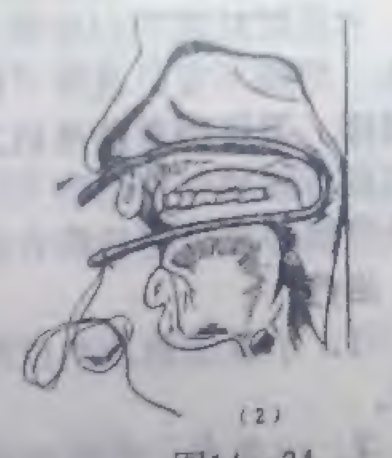

（2）

图14—24

（4）鼻腔塞满油纱条。

（5）前鼻孔用纱布卷将两绳结扎上（图14—25），24～48小时取出，如出血，可再重新后鼻栓塞，以防引起副鼻窦炎。


（3）

图14—25

5．新医疗法：新针（见154页）；耳针（见169页）。

6．中草药：

（1）海螵蛸、血余炭等分为末，以小棉条裹末塞入鼻孔。

（2）草纸烧灰（存性）为末，吹入鼻中。

（3）人乳喷入鼻中，也可止住流血。

（4）白茅根（刮去衣）1两，栀子根5钱（仁三钱），水煎服。

（5）鲜侧柏叶1两（干的5～7钱），水煎服或当茶饮。

（6）白矾水，用棉球蘸塞鼻。

（7）茅根1两，大黄2钱，黄芩、甘草各1钱，水煎服。

（8）生地、赤芍、麦冬、阿胶各3钱，苧麻根5钱，赤苓2钱，水煎服。

（9）血余炭（即头发烧灰）或栀子炭末吹鼻内，锅底灰研成细末，吹入鼻中。

7．局部出血点可用40～50％硝酸银、三氯醋酸或铬酸烧灼；或用电烙止血。也可撒止血粉。

8．维生素K肌注，抗坏血酸500～1000毫克静注，安络血、凝血质肌注，白芨内服；云南白药内服。

9．有休克时，抗休克治疗，输血，输液。

10．如鼻腔前后栓塞仍不能止血者，可行上唇动脉结扎。方法：鼻前庭剪鼻毛消毒，用一长缝

针，从前庭底部近中隔处从皮下缝合一针结扎，如上唇动脉造成则可止血。仍不止血，可行颈外或颈内动脉结扎。

鼻外伤及鼻骨骨折

外鼻突出于面部，易受枪伤、弹片伤、挫伤、打扑、摔伤等造成鼻骨单纯骨折，开放骨折或软组织损伤。

治疗

1．单纯骨折：偏向一侧者，可用一手拇指，用力推向中间，这样可复位。较重者，用小钳子或镊子套上细胶皮管，从塌侧沿鼻梁伸入鼻腔，一手扶外鼻，另一手轻轻上挑，压一下对侧即复位。鼻内用凡士林纱条塞满，24小时后取出。

2．开放骨折：骨折复位按上法整复，取出碎骨片，缝合创口，鼻内用凡士林纱布填塞。内服消炎药或用抗菌素。

3．肿胀严重不能当时整复，可待炎症消退后再行整复。

鼻息肉（鼻茸）

鼻息肉是鼻腔常见良性肿物。好发于中鼻道、上颌窦开口、中鼻甲或筛窦下壁。由于过敏或炎症刺激引起。

诊断

1．小的往往无症状，大者可引起鼻阻塞、头痛、嗅觉减退，有副鼻窦炎者流出黄色脓样鼻涕。

2．检查见鼻腔有白色玻璃样圆形可移动的肿物，大小不等，有单发或多发，最大者可使外鼻变形。

治疗

1．手术摘出：剪去鼻毛，用1％麻黄素棉片收缩鼻腔，再用0.5％达克罗宁棉片麻醉鼻腔粘膜，十分钟后取出；用圈套器或钢丝进入鼻腔，套在息肉根部，千万不要绞断，而要拉出，连根一并取下。取下后用纱条或棉片止血。不出血不塞鼻腔，如出血可用凡士林纱条填塞鼻腔，24小时后取出（图14—26）。

2．治疗过敏性鼻炎或慢性副鼻窦炎。

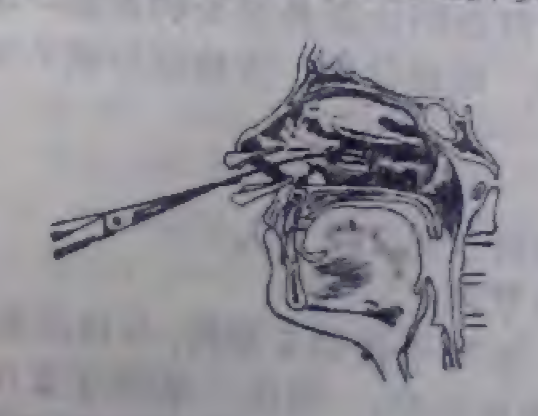


图14—26

副鼻窦炎

副鼻窦炎多系指副鼻窦粘膜的急、慢性炎症，是鼻科常见的多发病之一。我省多系山区，气候变化较剧，此病尤多，以上颌窦炎和筛窦炎为多。

诊断

1．急性副鼻窦炎：发烧，剧烈头痛，鼻塞，鼻腔多量黄色脓性分泌物。

2．慢性副鼻窦炎：鼻塞，流黄色脓性鼻涕，记忆力减退，嗅觉不佳，有的头沉、头晕或头痛。

3．检查中鼻道或嗅裂有黄色脓性分泌物流出，窦口粘膜水肿、充血、肥大或有息肉。

4．上颌窦炎：上颌窦穿刺有脓汁。

预防

预防感冒是防止副鼻窦炎的重要一环，加强身体耐寒锻炼，增强体质，方能减少或不发生副鼻窦炎。

治疗

1．新针（见152页）。

2．中草药：

（1）苍耳子合剂5毫升，一日三次，服四周为一疗程，效果较好。制法：苍耳子2斤，辛夷8两，茜草、金银花、菊花各2两，蜂蜜8两，将苍耳、辛夷分别研碎，然后将诸全药加水5000毫升，浸泡约5小时，煎出药汁，加水煎4次，过滤加蜂蜜混合，使药汁达600毫升加防腐剂备用。

（2）三黄汤（黄连、黄芩、黄柏）、生栀子各3钱，水煎服。

（3）青苔洗净用纱布包，塞鼻内，每夜皆用。

（4）苍耳子1钱，研成末吸入鼻内。

（5）蜂蜜清（蜜搅拌后上清液）加冰片少许，滴入鼻内。

3．1％麻黄素液点鼻，一日3～4次。

4．对上颌窦炎和筛窦炎可自行“负压置换术”。方法：鼻内先点麻黄素收缩窦口，后点氯霉素液，用手捏住前鼻孔，用力往口腔抽吸，把脓汁吸入口腔或鼻腔。

5．急性上颌窦炎，可用抗菌素和磺胺。

6．上颌窦炎：作上颌窦穿刺术，既可诊断，又可治疗。方法：先用麻黄素棉片收缩鼻甲和下鼻道，用0.5％达克罗宁棉棒或片塞入下鼻道麻醉10分钟，然后取出，用上颌窦穿刺针或腰麻针，从下甲前端后1.5～2.5厘米间，向外眼角方向，在下甲根部握住针，轻轻用力穿过骨壁进入窦内，有空腔感。用生理盐水或1∶5000呋喃西林液冲洗窦腔，把脓汁冲出后可注入卤碱液、1％黄连液、

油剂青霉素等。3～7天一次。轻者3～5次治愈。

7．如穿刺无效，可行造瘘术或根治术。后者须慎重选择之。鼻息肉、肥大的鼻甲、中隔弯曲可行手术，以利鼻窦口引流。

急性扁桃体炎

由乙型溶血性链球菌引起扁桃体的急性感染，并伴有全身症状。过劳、受凉、抵抗力减低是此病的诱因。

诊断

1．咽痛、吞咽剧痛，有的有吞咽困难。

2．突然发烧达39°～40℃，四肢关节酸痛，腰腿痛，全身不适，头痛。

3．小儿因高热可能发生惊厥，伴有呕吐或腹泻。

4．咽部扁桃体呈鲜红色，肿胀，表面有散在黄白色脓点或脓膜。下颌淋巴结肿大，并有压痛。

5．扁桃体炎需和白喉鉴别如下

	急性扁桃体炎	咽白喉
病的发生	突然发作，有寒战	逐渐发生
体温	高温 38.5°～41℃	37°～38.5℃
全身症状	热性病容、颜面潮红	较重、面色苍白
咽痛	重	轻
伪膜	局限在扁桃体表面，易剥离，不出血	超出扁桃体，软腭前后弓均有，不易剥离，出血

治疗

休息，大量饮水，吃软食。

1．新医疗法：新针（见141页）；耳针（见169页）；经穴（见198页）。

2．中草药：

（1）山豆根5钱，甘草2钱，水煎服。

（2）鲜马兰全草1～2两，水煎服，每日三次或当茶饮。

（3）鲜土牛膝根1～2两，切碎捣烂，水煎服。

（4）甘草1钱，桔梗2钱，薄荷6分，牛蒡子2钱，牛膝根4钱，水煎服。

（5）桦树皮2两，朴硝3钱，水煎服，或含漱。

（6）黄连1钱，冰片1分，白矾5钱，共为细末，用猪胆一个将药装入胆内，阴干为细末，吹入咽喉内。

（7）大青叶1两，桔梗3钱，水煎服。

（8）蒲公英3钱，紫花地丁3钱（鲜的用1～1.5两），水煎服。

（9）元参、生地、黄芩、寸冬各2钱，水煎服

（10）胖大海6个，青果8个，乌梅4个，薄荷6分，开水泡，代茶饮。

3. 青霉素有显效。也可用磺胺和黄连素。

4. 服复方阿斯匹林0.5，一日三次，止痛降温均好，生理盐水或2%硼酸水嗽口。

5. 口含杜米芬，一日三～四次或服六神丸5丸，一日三次。

扁桃体周围脓肿

扁桃体急性炎症越过被膜到扁桃体周围化脓形成脓肿，多为一侧。

诊断

1. 发病初期同扁桃体炎症状相似，但较严重，恶寒战慄，全身不适，精神萎靡不振，体温高达39°～40℃，持续几天不退热。

2. 咽痛剧烈不但不能咽下，连唾液都从口角流到外边。

3. 张口困难，仅能张1～2指大。

4. 局部：扁桃体上软腭膨隆红肿，悬雍垂水肿偏向一侧。

治疗

1. 如初期扁桃体周围炎阶段，治疗同急性扁桃体炎。

2. 如已形成脓肿，可行切开或穿刺排脓。穿刺部位，找膨隆最突点，用粗针头进入一厘米左右即可抽出脓汁，脓汁抽完可注入青霉素、黄连素、氯霉素等消炎药。

3. 切开法：

麻醉：用1%普鲁卡因2毫升注入软颚膨隆处，可先用注射器刺入抽一下，若有脓，用尖刀在最突处和前弓平行切口，长2～3毫米，深约半厘

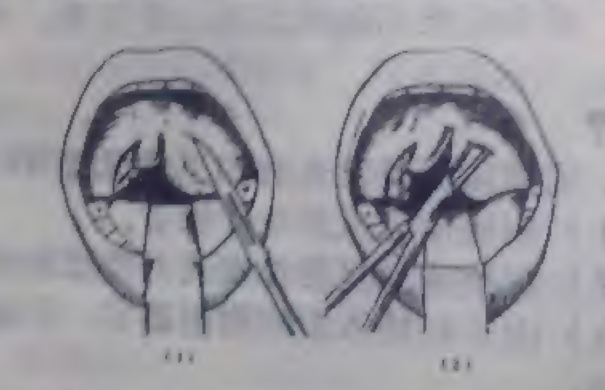


图14－27　扁桃体周围脓肿切开法

米左右，如无脓汁再深一点，直达脓腔，脓汁溢出，用钳子撑开充分排脓，可放橡皮膜引流，一日扩一次，脓汁消失切口自愈（图14—27）。

4．给与青霉素或磺胺。

5．如条件允许可一并摘除扁桃体。

慢性扁桃体炎

慢性扁桃体炎系扁桃体在急性炎症时未妥善处置，或反复急性发作，扁桃体窝内被炎症肿胀阻塞，分泌物不能排出，以致细菌繁殖转为慢性炎症。易成为全身的病灶。

诊断

1．扁桃体肿大呈暗红，前弓带状充血，表面有脓点，有条状疤痕和前后弓粘连。

2．时有咽痛，不适感，异物感。

3．成为病灶引起风湿病、肾脏炎、关节炎、心脏病。

治疗

1．扁桃体反复发炎有如下情况者可行手术：

（1）扁桃体过大影响呼吸者。

（2）扁桃体反复急性发炎并发脓肿者。

（3）由于扁桃体影响附近器官，引起鼻炎和全身疾病。

（4）扁桃体瘤。

2．一般对症服消炎药，或漱喉冲洗。

急性喉炎

声带和喉头粘膜呈急性炎症改变，主要是声音嘶哑，严重者不能发声。小儿可引起呼吸困难。

诊断

1．成人声哑、干痛、咳嗽。声带检查，充血肿胀。

2．小儿多合并发生传染病（如麻疹，上感），症状较为严重。因为小儿喉部狭小，软骨柔软，粘膜下组织疏松，尤其声门下组织发炎时极易肿胀、水肿，咳嗽功能弱，不易咳出喉气管分泌物，受刺激时声带易痉挛。

3．发烧，并有哮吼性咳嗽。

4．吸气性呼吸困难，出现三窝凹陷（锁骨上窝、胸骨上窝、心窝）。

5．夜间呼吸困难加重，可有烦躁不安。

治疗

成人应安静休息，不说话或少说话，大量饮水。

1．新医疗法：新针（见141页）；经穴（见198页）。

2．中草药：

（1）麦冬、桔梗各3钱，山豆根4钱，水煎服。

（2）僵蚕3钱，蝉蜕3钱，水煎服。

（3）辛夷、厚朴各2钱，薄荷、桔梗、黄芩各3钱，水煎服。

（4）双花5钱，山豆根3钱，桔梗5分，甘草2钱，红花5～8分，红姑娘（酸酱）8个，水煎服。

（5）连翘、双花、杏仁各3钱，牛蒡子、桔梗各2钱，水煎服。

（6）胖大海、双花、甘草各3钱，水煎去渣频服。

3．小儿早期应用青霉素、链霉素。

4．小儿高热、烦躁不安可给予氯丙嗪和异丙嗪，或用激素治疗。

5．四度呼吸困难应行气管切开术。三度呼吸困难应根据具体情况决定是否手术。

气管切开术

呼吸梗阻是许多疾病的症状之一。如不及时解除，常可短期内危及生命。为此我们必须遵照伟大领袖毛主席“**救死扶伤**”的教导，采取紧急措施恢复呼吸功能，常采用气管切开术。

为便于掌握时机，常将呼吸困难分为四度。

第一度：患者在安静时，无呼吸困难。

第二度：在安静时也出现呼吸困难，但无烦

不安。

第三度：口唇青紫，鼻翼搧动，三窝凹陷明显，有烦躁不安。

第四度：除具有三度呼吸困难症状外，尚有严重紫绀，冷汗以至昏迷。

一、二度呼吸困难进行保守疗法。四度呼吸困难立即手术。三度呼吸困难需要从以下几种情况决定是否手术。

1．如经主观努力，能在尽短时间内完成抢救手术时，可先严密观察，暂不手术。

2．如果病人体质较好，则可稍候一下。若不良则应早行手术。

3．治疗用药情况：首先考虑药物治疗，经用各种药救治无好转时，则应早行手术。

4．疾病性质：若肿瘤引起则应早行手术，若炎症引起可观察一个时期，病情不好，再行手术。

紧急气管切开术

病人严重呼吸困难，几分钟内就有可能死亡。须紧急气管切开。

1．患者仰卧垫肩，左手拇食指固定喉隆突。

2．切口从环状软骨至胸骨上切迹，然后左手食指放入切口。

3．用刀切开肌肉，将甲状腺峡上推，见气管。

4. 在3、4、5环处切开，切3、4或4、5环均可。并将刀柄伸入气管横过来，呼吸即恢复。

5. 再行止血，结扎血管，插入气管套管。

另一法为环甲膜切开法：最急用在环状软骨和甲状软骨之间的膜上切开，一刀切开，即能呼吸，然后，送至能手术的地方行气管切开（图14—28）。

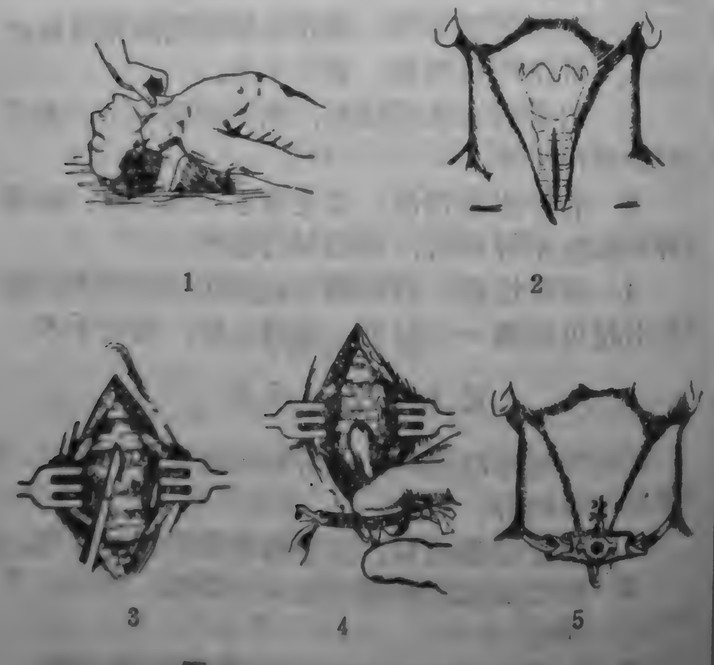


图14—28 气管切开手术步骤

耳鼻咽喉气管食道异物

耳鼻喉气管异物，在农村发生较多。尤其小儿在秋季多将成熟的黄豆、云豆、小豆、苞米、花生、瓜子、果核塞入耳道、鼻腔或含在口内，在摔倒或哭笑时突然吸入气管或咽到食道内。若不及时取出，对儿童的健康和生命威胁很大。因此向广大群众宣传，要教育孩子不要将上述东西放入耳、鼻、口内。只要做好宣传预防工作，异物的发生将会大大减少或杜绝。

外耳道异物

有铅笔头、棉块、树枝、果核、豆粒、麦芒、火柴杆、小玩具、蝇、蛆、虱、臭虫、蟑螂、潮虫，蚂蚁等，在外耳道内发现。

诊断

1. 昆虫异物进入耳内后，有耳痛、耳鸣、咳嗽，眩晕。

2. 豆类大者可引起阻塞感，耳聋以至引起外耳道炎。

治疗

1. 利用日光、手电筒、电灯照明，用一镜反入耳内。用曲别针做一小钩从上部进入，钩在异物三分之二部，轻轻拉出。

2. 棉块、火柴杆可用镊取出。

3. 昆虫可点入酒精、乙醚、油类均可先杀死昆虫，用镊取出或用温水冲洗出。

4. 大而复杂的异物不能取出时，不要硬取，以免将异物推入中耳，可介绍到有条件的地方去取。

鼻腔异物

鼻腔异物多为纸卷、棉块、豆类、石块、花生、玉米粒、果核、珠子、昆虫、水蛭等。

诊断

1. 短期内，可见有异物，在下甲和中隔间。

2. 长期，有鼻塞，脓性鼻涕、血水样分泌物。鼻前庭皮肤，鼻腔粘膜糜烂，鼻内有臭味。

治疗

1. 先用麻黄素液收缩鼻腔。豆类、石块，用曲别针曲一钩，自异物上端进入往下前钩出，这类异物不能用镊子取，以防将异物推入咽部掉进气管。

2. 棉块、纸卷可用镊子取出。

3. 动物异物，可滴入地卡因或哥罗仿等麻醉后再行取出。

气管异物

多为小儿口含食物，在哭笑或跌倒时异物突

吸入气管内造成。

诊断

1. 有异物吸入病史，吸入后立即发生憋气、干咳、喘鸣、窒息引起颜面青紫等症状。但有的仅数分钟即消失。有的反复出现。

2. 异物进入大气管或支气管后，按其大小不同产生不同症状。小异物短期内可无明显症状，仅有轻微咳嗽，以后引起肺部感染出现症状而被发觉。

3. 植物性异物进入后引起气管、支气管炎症，有声哑、咳嗽、发烧等。

4. 大异物可反复引起窒息，或一侧肺不张。气管活动异物在颈部有撞击感。

5. 听诊患侧呼吸音减弱。

治疗

1. 有严重呼吸困难。在无气管镜条件下，可行气管切开，一部分异物可从切开口取出。

2. 可在喉直达镜下取出。

3. 在支气管镜下取出。

4. 巨大异物不能经上三法取出者可行剖胸取出。

食道异物

最常见的有硬币、帽徽、图钉、鱼刺、鸡骨、

肌腱、杏核、李核等，小儿含在口内，哭笑时突然咽下。老年人牙齿脱落，因不能咀嚼，混在菜汤中咽下。多在食道入口第一狭窄或胸腔入口处。

诊断

1. 有突然咽下史，出现咽下困难或完全不能咽下，也不能喝水。

2. X线透视：金属异物，检查可确诊。

预防

气管食道异物是一种完全可以预防的疾病。只要我们做好宣传教育工作，引起重视，就不会发生。小儿口含东西时不可斥责、打骂或嬉戏，以免哭笑，突然将异物吸入或咽下。要教育孩子不要将小型玩具、硬币放在口内。

治疗

1. 在食道镜下取出异物。

2. 在食道异物发生后，严禁用干食硬吞，易造成食道穿孔。

口 腔 病

牙齿的生长、数目和名称

人的一生，前后共生两付牙齿，即乳牙和恒牙。乳牙共20个，从生后6个月左右开始萌出，两周岁左右长齐。六周岁以后开始脱落，换以恒牙，

到12岁左右乳牙脱落完毕。恒牙共32个。六周岁开始到12～13周岁大部出齐，唯第三磨牙（智齿）至17～24岁方萌出。

恒牙按其功能及形态共分四组：

1. 切牙（门牙）：中切牙、侧切牙。

2. 单尖牙（犬齿）。

3. 双尖牙（前臼齿）：第一双尖牙、第二双尖牙。

4. 磨牙（臼齿）：第一磨牙、第二磨牙、第三磨牙。

牙体组织：有牙釉质、牙本质、牙骨质、牙髓（图14—30）。

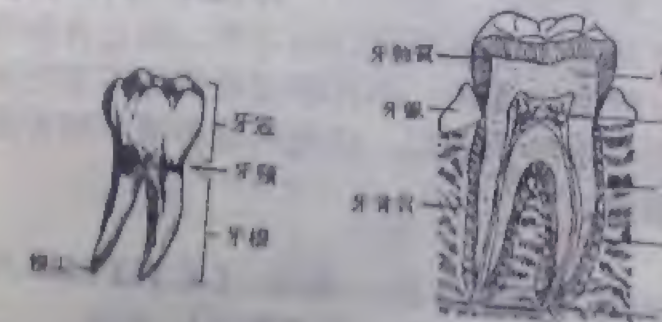


图14—29 牙齿形态　图14—30 牙齿和牙周组织剖面图

牙周组织：有牙周膜、牙龈、牙槽骨。

龋 齿

龋齿俗称"虫牙"。虫牙没虫，是牙齿组织被食

物残渣腐蚀逐渐破坏脱钙，形成牙面光泽消失，色素沉着呈黄褐色或黑褐色，逐渐腐蚀呈龋洞。

诊断

1. 初龋症状较轻，只是在受到冷热酸甜食物刺激后可发生疼痛，除去刺激，疼痛消失。此时检查可见有龋洞。

2. 深龋：病变到牙本质深区，接近牙髓，常引起牙髓炎而发生剧痛。

3. 末期龋：牙冠破坏脱落，仅有牙的残根，此时牙根尖常有肉芽或慢性炎症。

预防

龋齿主要是预防，在农村广泛宣传保持牙齿清洁，养成经常刷牙、饭后漱口的习惯，防止食物残渣在口腔发酵腐蚀牙齿。小儿睡觉前最好不要吃东西，若吃后一定给予漱口，这是杜绝和减少龋齿发生的有效措施。

治疗

1. 止痛，新医疗法：新针（见152页）；耳针（见169页）；点穴按摩（见228页）。

2. 初龋：用牙钻磨去蚀坏组织，填上粘固粉和汞合金。牙髓感染则治疗牙髓。

3. 末期龋或残根进行拔除。

急性牙髓炎

龋齿发展到深层牙髓时引起牙髓的急性炎症。

诊断

1. 剧烈牙痛，受刺激时，往往疼痛难忍，疼痛时常放散到颌面部和颞部。

2. 急性牙髓炎需与牙周炎，三叉神经痛鉴别。

牙髓炎	1.痛区有龋齿或牙齿折断。 2.自发痛，夜间重，并向头部放散。 3.冷热刺激可激发疼痛。 4.用探针或镊叩患牙，有痛感。
牙周炎	1.牙周组织红肿，出血或溢脓。 2.牙齿松动，咀嚼无力。 3.轻叩患牙有明显疼痛。
三叉神经痛	1.阵发性电击样痛，入睡疼痛停止。 2.疼痛有激痛点，说话，刷牙，一触疼点，疼痛发作。 3.冷热刺激无激痛。

治疗

1. 针刺：合谷、颊车、下关、牙痛穴。

2. 中草药：

（1）白芷9克，细辛0.75克，冰片0.25克，共研为极细末。用小棉球蘸末，放入洞内，可止痛。

（2）韭菜子捣烂醋调，敷于洞上。

（3）用樟球蘸卤水，充塞龋齿洞，或用卤干粉擦涂患齿。

（4）陈醋2两，花椒5钱，煎10分钟，放温含漱。

（5）火硝、硼砂、樟脑、青盐各等份，共研成细末，涂擦患处。

3．龋洞内食物残渣用针挑出，用温水冲洗净，或放入牙痛水、樟脑酚、丁香油棉球止痛。

4．严重疼痛可用针头、锐器、钻，将髓腔制通排脓，从而止痛。

5．感染明显者可服磺胺、黄连素等消炎药。

智齿冠周炎

是智齿在萌出过程中，发生在牙冠周围软组织的炎症。

诊断

1．冠周围红肿，有脓流，牙痛。

2．开口困难，吞咽痛或不能吞咽。

3．颌下淋巴结肿大，有的发烧38～39℃。

治疗

1．针刺合谷、颊车、下关。

2．2％硼酸水，3％双氧水，1：5000过锰酸钾液，1：5000呋喃西林或生理盐水冲洗龈下之盲

袋，然后涂入碘甘油。

3．抗感染用磺胺或青霉素。

4．脓肿形成可切开排脓。

5．炎症消退后拔除智齿，颊部有瘘孔者给与搔刮。

拔 牙 术

1．适应症：

（1）由于龋病使牙齿大部分破坏或外伤不能修复者。

（2）因牙周病牙齿松动很大者。

（3）阻生智齿，额外齿。

（4）乳牙滞留影响恒牙萌出者。

2．禁忌症：

（1）急性传染病，如伤寒、白喉、白血病、血友病、出血性紫癜，口腔急性炎症等不能拔牙。

（2）肝脏、肾脏、心脏病、高血压、糖尿病应结合病的情况慎重考虑，一般不拔牙。如病情稳定又急需拔牙，可做好充分准备（预防出血，控制感染等）后再施行。

（3）妊娠、月经期中不是绝对禁忌症，但尽量不拔为好。

3．麻醉：用2％普鲁卡因，浸润麻醉和阻滞

麻醉。

（1）浸润麻醉：上颌切牙、单尖牙及双尖牙。下颌切牙，单尖牙。

方法：将注射针斜刺于患牙龈唇沟部，针刺入粘膜贴骨面进针到根尖，注入1.5～2 毫升麻药。

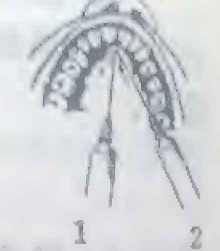


图14—31 切牙孔注射法

1. 注射针刺入时的位置
2. 注射药品时的位置

（2）阻滞麻醉：

① 腭前孔（切牙孔、门齿孔）：两上门齿中间腭侧之小突起处，注射针和门齿长轴平行进入 0.3～0.5 厘米，注入麻药 0.5 毫升（图14—31）。

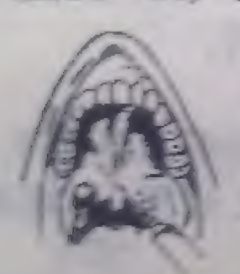


图14—32 腭大孔注射法

② 腭后孔腭大孔）：自上第二磨牙腭侧，距牙龈缘一厘米处刺入骨膜下（图14—32）。

③ 上颌隆凸（上齿槽后神经）：头后仰张大口，注射针沿上第二磨牙牙龈颊沟进入，沿骨膜向上、内、后，针管与牙列咬合平面交叉成45°角，进针1.5～2 厘米，注入麻药1.5～2 毫升（图14—33）。

④ 下颌孔注射（下齿槽神经、舌神经、颊神经）：病人张大口，使下颌平面与地平面平行，将注射器自对侧磨牙咬合面上一厘米，在颊垫尖端刺入粘膜达下颌骨升枝内侧面，注入1.5～2毫升麻药。在退针时边退边注射，以麻醉舌、颊神经（图14—34）。

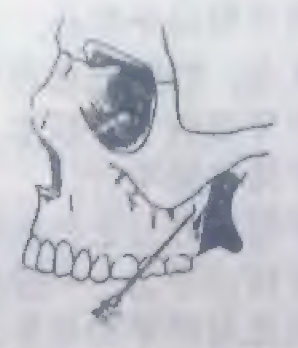


图14—33 上颌结节注射法

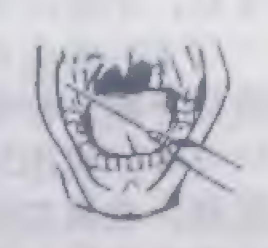


图14—34 下颌孔注射法

局麻应用图解

	牙 别	麻 醉 方 法
上颌	321|123	唇侧：局部浸润麻醉，腭侧：腭前孔注射
	54|45	颊侧：局部浸润麻醉，腭侧：腭后孔注射
	6|6	颊侧：上颌隆凸加局部浸润麻醉，腭侧：腭后孔注射
	67|78	颊侧：上颌隆凸，腭侧：腭后孔注射
下颌		下颌孔、舌神经、颊神经麻醉。

4. 拔牙方法：

（1）消毒：用2.5%碘酒将患牙及牙周消毒。

（2）分离牙龈：用龈刀或牙挺子沿牙颈周围与牙根分离。

（3）挺松牙齿：用牙挺将牙挺松，以牙槽骨为支点。不能以邻牙为支点，以防松动邻牙。

（4）安放牙钳：将牙钳放于牙颈部，注意不要夹住牙龈，钳嘴要与牙体长轴平行。

（5）拔出牙齿，牙钳放好后进行摇扭，使牙齿脱位，在摇扭同时向外拔出牙齿。一般应向阻力最小方向取出，注意勿伤及对颌牙和邻牙。

（6）检查牙根：是否完整或断根于牙槽骨内，待血液充满后用棉球压迫之，咬半小时后吐出，当天不能刷牙漱口。

5．拔牙并发症及处理：

（1）拔牙后出血：牙龈撕裂、拔牙窝内有肉芽、牙周炎、精神紧张、不断漱口、触抹牙创、凝血机制障碍均可出血。

处理：

① 用棉球放牙窝上让病人咬紧。必要时可放肾上腺素棉球。

② 刮除牙窝肉芽。

③ 缝合牙龈加压止血。

（2）感染：（干槽症）创内血块感染有臭味，剧烈疼痛。

处理：

① 每日清洗拔牙创，放消炎药粉。

② 应用消炎药，2%硼酸水漱口，或针灸止痛。

颌面创伤

颌面创伤和一般创伤处理原则是一致的，但由于面部血管丰富，循环良好，所以一般在受伤48小时内均可缝合。扩创一般不需切除，并应注意面神经和腮腺管，眼睑和唇部损伤要对合好，以免愈合后变形。

颌骨骨折

诊断

1．软组织肿胀、疼痛、血肿、上颌骨骨折，两眼眶瘀血呈青紫色。

2．机能障碍，上下不能咬合。

3．活动有骨磨擦音。

4．下颌骨骨折、舌下有血肿可压迫会厌引起呼吸困难。

治疗

1．紧急处理：先行包扎止血。

2．注意呼吸：唾液、血液阻塞、舌根后退引起窒息，必要时用钳将舌拉出。

3．颌骨临时固定，用绷带或三角巾将下颌固

定，以免骨折移位，刺伤周围组织。

4. 单纯骨折可行颌间固定，用软的不锈钢丝、铜丝将相应的上下颌牙齿固定，可先将两牙结扎在一起，然后再将上下颌固定在一起。固定后用自凝塑料加固。

5. 抗感染应用磺胺或抗菌素。

6. 有休克者可行抗休克治疗。

7. 出血停止后，72小时可行热敷促进消肿。

十五、药　物

第一部分

解表药

用来治疗“表证”的药物，叫做解表药。解表药多数味辛有发汗的作用，根据解表药的性质可分为辛温解表药与辛凉解表药。

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
辛温解表药	麻黄	辛温	发汗解表、平喘利尿	发热怕冷、支气管炎、支气管哮喘、百日咳、荨麻疹、肾炎初起	0.5—3.0
	细辛	辛温	散风祛寒、行水开窍	头痛、鼻炎、副鼻窦炎、流涕、寒性咳嗽	0.5—1.0
	紫苏	辛温	发散风寒、理气开胸	感冒、头痛、咳嗽、喘急、消化不良	1.5—3.0
	防风	辛温	解表祛风湿	感冒、头痛、脊背强痛、神经痛、风湿症	1.5—3.0
	桂枝	辛甘温	发汗解肌温经通络	感冒、发热怕冷、无汗或自汗、肢节痛	1.0—3.0

注：属于本类药物还有荆芥、葱白，见草药部分。

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
辛凉解表药	柴胡	苦平微寒	疏散解郁、升举中气	热性病、热型弛张、结核发热、口苦、咽干、目眩、疟疾	1.0—3.0
	葛根	辛甘平	解肌退热	感冒、发热怕冷、项背强急、口渴烦躁、头痛、呕吐、肠炎、斑疹	1.0—3.0
	薄荷	辛凉	发汗散风热	头昏目眩、恶心呕吐、湿疹、荨麻疹、腹胀	0.5—1.0
	菊花	苦平	散风热明目解毒	头痛眩晕、结膜炎、角膜生翳、耳鸣、脓肿	2.0—3.0
	牛蒡子	辛平	消炎祛痰解毒	麻疹、荨麻疹、扁桃腺炎、喉炎、支气管炎	1.0—5.0

注：属于本类药物还有升麻、桑叶、浮萍，见草药部分。

止吐药

凡能止呕吐的药物，称为止吐药。止吐药的作用，主要在于能使患者精神安定，稍进饮食，以达到能保存体力与津液的目的。

药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
半夏	辛温有毒	止呕、化痰燥湿	止呕吐，慢性支气管炎，咽痛，急、慢性胃炎，恶心	1.5—3.0
生姜	辛微温	温中止呕，化痰行水	止呕逆，感冒肢痛，呕逆咳嗽，腹痛	1.0—3.0
代赭石	苦寒	清热凉血，除烦止呕	胃痛呕吐，嗳气吐血，衄血崩漏	3.0—6.0
竹茹	甘微寒	清热凉血、止呕	呕吐，呃逆，心烦，咯血，衄血，尿血	1.5—3.0
伏龙肝	辛苦温	温中止呕，止血	妊娠恶阻，吐泻便血，吐血	4.0—6.0

注意：若呕吐由于宿食停滞或误吞毒物引起，正是病毒去路，不可服用。

泻下药

凡能引起腹泻或滑利大肠促使排便的药物，称为泻下药。泻下药一般分为攻下药、缓下药与逐水药等。攻下药，适用于体壮里实。缓下药，适用于孕妇、产妇、老弱者。逐水药不但能通利大便，而

且能利尿，主治浮肿和腹水，应用时须加注意。

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
攻下药	大黄	苦寒	下肠胃积滞、泻血分实热	消化不良、腹痛、胀满、阑尾炎、肠炎、痢疾、眼、鼻、咽喉、耳等炎症，膀胱炎	2.0—3.0
	芒硝	咸苦寒	攻下泻火	治黄疸、膀胱炎、尿道炎	1.0—3.0
缓下药	火麻仁	甘平	润燥滑肠	大便秘结	3.0—5.0
	郁李仁	辛苦微酸	润肠通便、利水	大便秘结、水肿	1.5—3.0
	蜂蜜	甘平	润燥解毒	大便秘结、咳嗽	3.0—10.0
逐水药	大戟	苦寒有毒	泻水	水肿、腹水、渗出性肋膜炎	0.5—1.0
	牵牛子	辛热小毒	泻水，杀虫、通便	水肿、便秘、虫积	1.0—3.0
	葶苈子	辛苦大寒	泻水、定喘	肺水肿、咳嗽、湿性肋膜炎	1.0—3.0

利尿药

凡能通利小便，渗除水湿为主要功效的药物，称之为利尿渗湿药。本类药物多数性平味淡，具有渗湿的作用。用以治疗水肿、小便不利、排尿异常。如尿频、尿急、血尿、尿路结石等，中医均称为“淋浊”等症状。此外关节疼痛（风湿）、黄疸（湿热或寒湿）、痢疾、腹泻、湿温、湿疹等疾病，也常配伍本类药物。

药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
茯苓	甘平	利尿渗湿	水肿、膀胱炎、尿道炎、肠炎、支气管炎、肺结核	3.0—4.0
泽泻	甘咸寒	利尿渗湿	肾炎、水肿、膀胱炎、呕吐、腹泻、风湿症	2.0—3.0
萆薢	苦甘平	利尿祛风湿	风湿症、腰痛、膝软、膀胱炎、尿道炎	2.0—3.0
通草	甘淡平	利尿清湿热	尿路炎性疾患，能催乳	1.0—1.5
木通	苦寒	利尿泻火	膀胱炎、尿道炎、肾盂炎、水肿、通乳	2.0—3.0

注：属于本类药物还有猪苓、扁蓄、竹叶、车前子，见草药部分。

祛风湿药

治风湿药能祛除肌肉、经络及筋骨间的风湿，可以治疗关节疼痛，其中有一部分具有补肝肾、壮筋骨的作用。治风湿药又称祛风湿药。除了治关节疼痛以外，兼治经络拘急麻木不仁等。

药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
羌活	辛温	发表散风湿	风湿痛，神经痛	1.0—3.0
独活	辛温	祛风胜湿	风湿症、齿痛、神经痛	1.0—3.0
秦艽	苦辛平	祛风湿活血舒筋	风湿症、关节肌肉拘挛、肝炎、黄疸、潮热	1.5—3.0
木瓜	酸温	舒筋活络化湿	关节拘挛、疼痛、急性胃肠炎、水肿、脚气	1.0—3.0
威灵仙	辛温	祛风止痛	关节疼痛、拘挛、神经痛、偏头痛	1.0—4.0
五加皮	辛温	祛风湿壮筋骨	风湿性疼痛、下肢痿弱无力、水肿	2.0—4.0
白花蛇	甘咸温	祛风	风湿症、麻痹、神经麻痹	0.5—1.0

注：属于本类药物还有苍术，见草药部分。

治寒药

凡具有热性或温性药物，能够治疗里寒证，称为祛寒药。祛寒药的性味大多辛温，辛能发散，热能除寒，所以又叫温里药。

药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
附子	辛甘大热、有毒	回阳、温中散寒	大汗虚脱、四肢厥冷、关节痛	1.0—3.0
肉桂	辛甘大热	温补散寒	消化不良、腹痛、急性胃肠炎、[illegible]	1.0—2.0
干姜	辛温	温中散寒	呕吐、胃痛、腹痛、泄泻、支气管炎	1.0—3.0
茴香	辛温	祛寒止痛	急性胃肠炎、腹疼睾丸肿痛	1.0—2.0
吴茱萸	辛温有小毒	温中散寒	消化不良、吐酸、腹痛、疝气、风湿痛	0.5—1.5

清热药

药性寒凉，可以治疗各种热性疾病，称为清热药。热症的表现是多方面的，热盛可以化"火"，可以成"毒"，可以侵入血分，还可以和"湿"相结合。所以清热又分为清热泻火、清热解毒、清热凉血、清热燥湿四类。

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
清热泻火药	石膏	辛甘寒	清热止渴	高热不退、口渴、肺炎、支气管炎、头痛、齿痛、咽喉肿痛	3.0—10.0
	知母	苦寒	滋阴降火、润燥	热病烦躁、口渴、结核发热	1.0—3.0
	山栀	苦寒	清热泻火	热性病出血、黄疸、外敷治打扑损伤	1.5—3.0
	玄参	苦咸寒	滋阴降火、解毒	热病烦渴、咽喉肿痛、结核发热、丹毒、淋巴结核	1.0—3.0
清热凉血药	生地	甘苦寒	清热凉血、滋阴	发热口渴、咽痛、咯血、衄血、吐血、斑疹	3.0—8.0
	牡丹皮	辛苦微寒	凉血、散瘀	热病发斑、咽痛、吐血、衄血、阑尾炎、高血压	2.0—4.0
	地骨皮	甘寒	凉血、清肺热	结核性发热、咳嗽、咯血、盗汗、糖尿病	2.0—4.0
	紫草	甘咸寒	凉血、活血、解毒	麻疹、猩红热、[illegible]、恶疮、肿毒	2.0—3.0

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
清热燥湿药	黄连	苦寒	泻火燥湿、解毒	发热、[illegible]、[illegible]毒疮、结膜炎、口腔炎、[illegible]	[illegible]
	黄芩	苦寒	清湿热、泻肺火、安胎	支气管炎、[illegible]、肠炎、痢疾、黄疸、高血压	1.0—[illegible]
	黄柏	苦寒	泻火、燥湿	肠炎、痢疾、黄疸、口腔炎。	1.0—[illegible]
	茵陈	苦微寒	清热利湿	治黄疸要药	3.0—[illegible]
	龙胆草	苦寒	清湿热、泻肝火	胃炎、消化不良、黄疸、热病烦躁、结膜炎、尿道炎	1.0—3.0
清热解毒药	金银花	甘寒	清热解毒	伤寒、痢疾、猩红热、[illegible]、[illegible]传染病	3.0—5.0
	连翘	苦微寒	清热解毒、排脓	一切化脓性疾患、发热、[illegible]、[illegible]、淋巴结肿	[illegible]—6.0
	蒲公英	甘微寒	清热解毒	乳腺炎、乳汁缺乏、化脓性疾患、淋巴结炎	[illegible]
	板蓝根	苦寒	清热解毒	咽喉炎、[illegible]、丹毒、[illegible]	1.0—[illegible]

注：属于本类药物还有地丁、[illegible]、夏枯草、[illegible]、马齿苋、鱼腥草，见草药部分。

止咳平喘化痰药

能减轻或制止咳嗽、气喘、清痰的药物，称为止咳平喘化痰药。咳嗽与痰在病机上常有密切关系，所以合在一起总称为止咳平喘化痰药。根据不同的病情，止咳化痰药可配伍解表药、通气药、祛湿药等同用。

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
止咳平喘药	杏仁	苦温有小毒	祛痰、止咳定喘、润燥	支气管炎、支气管哮喘、便秘	2.0—3.0
	桔梗	苦辛平	宣肺祛痰排脓	咳嗽痰多、肺脓疡、咽疼、痈肿	1.0—3.0
	紫菀	苦辛温	止咳化痰	慢性支气管炎、肺结核、咯血痰	1.5—3.0
	前胡	苦辛微寒	散风热、止咳化痰	支气管炎、百日咳、支气管哮喘	1.0—3.0
	百部	苦甘微温	止咳、杀虫	急慢性支气管炎、结核性咳嗽、外用杀虱	1.0—3.0

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
清热化痰药	贝母	苦甘寒	止咳化痰	支气管炎、肺结核、咯血、通乳、排脓	1.0—3.0
	瓜蒌	甘寒	润肺化痰	急、慢性支气管炎，胁痛、肺结核、咯痰代血	2.0—5.0
	桑白皮	甘寒	平喘止咳、利水消肿	肺结核、慢性支气管炎，肾炎水肿	1.5—3.0
温化寒痰药	南星	苦辛温	燥湿祛风、化痰散结	支气管炎、小儿惊厥、脑溢血的面瘫	1.0—2.0
	白芥子	辛温	利气豁痰	支气管炎、喘咳、气逆	0.6—1.2
	冬花	辛温	止咳定喘	慢性支气管炎、肺结核、咳脓血痰	1.0—3.0

通 气 药

通气药又称理气药。药性大都辛温芬香，具有疏通气滞、醒脾健胃和解郁止痛作用。

药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
香附	辛甘平	通气调经	消化不良、月经不调、胃疼、肝痛	2.0—4.0

药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
木香	辛甘温	通经止痛	胃肠炎、消化不良、呕吐、痢疾、安胎	1.0—2.0
陈皮	辛苦温	通气健脾化痰	消化不良、胀满、恶心呕吐、支气管炎	1.0—2.0
青皮	苦辛温	疏肝气、散积滞	肋间神经痛、肋膜炎、乳腺炎、乳腺结块	1.0—2.0
枳壳	微苦寒	下气化痰	消化不良、支气管炎、胃下垂、脱肛、子宫下垂、疝气	1.0—2.0
厚朴	苦辛温	通气平喘	消化不良、腹胀、胃肠炎、支气管炎	1.0—3.0
元胡	辛苦温	通气活血止痛	治疼痛要药，痛经、腰疼、腹痛	2.0—4.0
郁金	苦辛温	通气活血止痛	肝炎、黄疸、肝硬化、胆囊炎、胆石症、吐血、衄血、尿血、痛经	2.0—3.0

活血药

活血药不论内服、外敷，都有活血的作用。血分凝滞则产生瘀血，所以活血药又称祛瘀药。瘀血为病有：关节痛、痞块、肿瘤、痈疽、跌打损伤及妇女痛经、经闭等。

药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
丹参	苦微寒	祛瘀生新、活血、调经	痛经、月经不调、疮痈肿疼	3.0—5.0
赤芍	辛甘平	活血	经闭、产褥热、一切化脓性疾患、眼结膜炎	2.0—4.0
桃仁	苦甘平	活血止痛、滑肠	妇科血滞诸证要药，阑尾炎、慢性炎症肿瘤、外伤瘀血疼痛	2.0—3.0
红花	辛温	活血、止痛	瘀血疼痛、跌打损伤、痛经	1.0—2.0
五灵脂	甘温	活血、止痛	胃痛、腹痛、妇科血滞诸证	1.0—2.0
乳香	辛苦温	活血、止痛伸筋	跌打损伤、疖痈等化脓性疾患、心腹诸痛	1.0—2.0

药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
没药	苦平	活血止痛	常与乳香配合为外科要药	1.0—3.0
三棱	苦平	活血、通气、消积	闭经、痛经、子宫肌瘤、慢性子宫内膜炎	2.0—4.0
莪术	苦辛温	活血、通气、消积	同三棱，常与三棱配用	2.0—4.0

注：属于本类药物还有益母草、蒲黄，见草药部分

止 血 药

止血药止内伤出血，如咯血、吐血、鼻出血、便血、尿血、子宫出血（崩漏）及外伤出血等。

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
收敛止血药	仙鹤草	苦涩微温	止血、补虚	咯血、吐血、便血、子宫出血、痢疾	2.0—4.0
	三七	甘微苦温	止血、活血、止痛	内服：治内脏出血 外用：治外伤出血	1.0—2.0
	乌贼骨	咸微温	止血	胃溃疡的出血、胃酸过多、外伤轻微出血	1.0—2.0

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
收敛止血药	白芨	苦平	止血、生肌	肺结核咯血、胃溃疡吐血、便血	1.0—5.0
	血余炭	苦平	止血、利尿	治各种出血、小便不通	0.5—2.0
凉血止血药	大小蓟	甘凉	凉血、止血	血痢、痔疮下血	3.0—5.0
	茜草	苦寒	凉血、祛瘀	咳血、吐血、衄血、便血、崩漏、风湿症、跌打损伤	1.0—2.0
	地榆	苦微寒	凉血、止血	血痢、痔疮下血	2.0—4.0
	槐花	苦寒	止血、泻火	便血、痔疮、血痢、吐血、衄血、结膜炎	1.0—3.0
	侧柏叶	苦涩微寒	止血	治各种出血	1.0—3.0
	棕榈	苦涩平	止血	治各种出血	1.0—3.0
	藕节	涩平	止血	治各种出血	3.0—5.0

注：属于本类药物还有旱莲草、白茅根、鸡冠花，见草药部分。

补 益 药

能够补助人体气血阴阳的亏损，达到补虚或消除衰弱症的药物称为补益药。虚症一般分为气虚、血虚、阴虚、阳虚四种，补益药也分为补气药、补血药、补阴药、补阳药四类。

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
补气药	人参	甘苦微温	补气、健脾、生津	为治气虚诸症要药，津血不足、消渴、气喘、神志不宁	0.5—2.0
	党参	甘平	补气、补血	气虚乏力、贫血体弱	2.0—4.0
	黄芪	甘温	补气、固表	气血虚弱、自汗、水肿、风湿痛、糖尿病	3.0—40.0
	白术	甘苦温	健脾、燥湿	脾虚泻泄、水肿胀满	2.0—3.0
补血药	当归	甘辛温	补血、活血、润燥、润肠	体弱贫血、痛经、[illegible]冷痛、痢疾、月经不调	1.0—4.0
	白芍	苦酸微寒	养血、止痛、调经、平肝	胸腹诸痛、月经不调、手足拘急、血虚	1.0—4.0

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
补血药	熟地	甘微温	补血、滋阴	治血虚诸证、[illegible]、[illegible]、盗汗	2.0—5.0
	何首乌	苦涩微温	补血（制用）、解毒通便（生用）	[illegible]、须发白；生：治[illegible]、淋巴结核	2.0—6.0
	阿胶	甘平	补血、滋阴、止血	治血虚、各种出血、肺部燥咳	2.0—4.0
	川芎	辛温	祛风、止痛、调经、[illegible]	痛经、头痛、[illegible]、[illegible]	1.0—2.0
补阳药	鹿角	甘微温	温补阳气	乳腺炎、疮疡、骨结核、[illegible]	1.0—5.0
	肉苁蓉	甘微温	壮阳、通便	阳萎、不孕、便秘	2.0—4.0
	杜仲	甘辛温	补肝肾、降压、安胎	腰痛、阳萎、[illegible]、胎动不安、高血压	2.0—4.0
	续断	苦微温	补肝肾、止崩漏	风湿腰痛、子宫出血、妊娠下血	2.0—4.0
	巴戟	甘微温	补肾、祛风湿	阳萎、风湿、腰痛	1.0—3.0

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
补阴药	沙参	甘淡微寒	润肺止咳、养胃生津	肺热咳嗽、热病伤津	2.0—4.0
	麦冬	甘微苦寒	养阴清热、润肺止咳	咳嗽、吐血、口干、便秘	2.0—4.0
	天冬	甘苦大寒	滋阴润肺、清热化痰	肺结核、慢性支气管炎、咯血、便秘	1.0—3.0
	龟板	咸甘平	滋阴健骨	结核性发热、咳嗽骨结核、淋巴结核潮热、子宫出血	2.0—4.0
	枸杞子	甘平	滋阴明目	结核性发热、风湿症腰膝无力、阴萎、遗精	2.0—4.0

清 暑 药

清解暑热的药物，称为清暑药。主要用于治疗夏天中暑和暑湿伤脾，如怕冷发热、汗出烦渴、头痛身重、上吐下泻、胸腹胀闷等。

药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
藿香	辛微温	清暑、止呕、化湿	暑热症、中暑吐泻、腹疼	1.0—3.0

药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
佩兰	辛平	解暑、化湿	与藿香常同用	1.0—3.0
香薷	辛微温	解暑、解表、利水	暑日外感（暑风暑湿）、水肿	1.0—2.0
荷叶	苦平	解暑、平肝	暑热证、头痛、头昏	1.0—3.0

安 神 药

安神药治疗神志不安、昏迷、癫痫、失眠、健忘、中风、抽痉、高热惊厥等症状的药物，称为安神药。安神药中有的带有补益作用，多属养心安神药，有的性味芳香，称为芳香开窍药，有的偏重于治痉风惊厥，称为平肝熄风药。

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
养心安神药	酸枣仁	甘平	宁心、安神	神经衰弱、心烦不眠、心悸亢进、自汗、盗汗	2.0—5.0
	柏子仁	甘平	安神、敛汗	失眠、盗汗、老年人及产后便秘。	2.0—5.0
	远志	苦温	安神、化痰	惊悸、健忘、失眠、咳嗽	1.0—3.0

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
芳香开窍药	菖蒲	辛温	安神、辟浊	神志昏迷、耳聋、健忘、胸腹胀闷、疼痛	1.0—3.0
	麝香	辛温	开窍、通经络、消肿、止痛	惊痫、高热及中风、昏迷、肠炎、阑尾炎	0.1—0.3
镇惊熄风药	钩藤	甘寒	祛风、镇静	小儿热性痉挛、脑膜炎、眩晕、高血压	1.0—3.0
	蜈蚣	辛温有毒	祛风、镇痉	惊痫、蛇咬（外用）	0.1—0.5
	全蝎	辛平有毒	止痉、解毒	惊痫、口眼歪斜、半身不遂	0.5—2.0
	地龙	咸寒	清热、止痉、活络、利尿	热病、惊风、痉挛、尿闭	1.0—3.0

消食药

凡能增强消化机能，消除食积停滞、消化不良以及胃腹胀闷、不思饮食等症的药物，称为助消化药。

药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
麦芽	咸平	消食、退乳	专消米、面食积、退乳	2.0—6.0
谷芽	甘平	消食	消米、面食积	2.0—6.0
神曲	甘辛温	消食	饮食积滞不化	2.0—5.0
山楂	酸甘温	消食、健脾	肉积食滞	2.0—4.0
鸡内金	甘平	消食、止遗尿	小儿食积不消	1.0—3.0

软坚药

可以软化硬结的药物，称软坚药，软坚药味多咸，即所谓咸能软坚。软坚药用治淋巴腺结核或慢性淋巴腺炎、甲状腺肿、肝脾肿大及肿瘤等。

药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
海藻	苦咸寒	化结利水	淋巴腺结核、甲状腺肿、肝硬化、水肿	1.0—4.0
昆布	咸寒	化结利水	同海藻	1.0—4.0
鳖甲	咸平	化结滋阴	结核发热、疟疾、肝脾肿大	2.0—5.0

固涩收敛药

本类药物有收敛固涩作用。适用于各种"脱"证，如体虚自汗、盗汗、遗精、白带、久泻、脱肛、久咳、遗尿、尿频等。应用时多与补养药配伍。

分类	药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
敛汗涩精药	龙骨	甘涩平	固脱、收敛	惊狂、失眠、多汗、遗精、脱肛、子宫出血	2.0—8.0
	牡蛎	咸 平 涩 寒	收敛、化结、平肝	自汗、盗汗、遗精、子宫出血、眩晕、失眠	2.0—8.0
	五味子	咸微温	敛肺、涩精、止汗	咳嗽、遗精、滑精、自汗、盗汗	1.0—2.0
	桑蛸	甘咸平	益精、固肾	遗精、遗尿、阳萎	2.0—4.0
涩肠止泻药	乌梅	酸涩温	敛肺、涩肠、安蛔止痛	久咳不止、久痢、蛔虫症、呕吐、腹痛	1.0—3.0
	诃子	苦酸涩温	敛肺、涩肠	慢性肠炎、脱肛、久痢	1.0—3.0
	五倍子	酸咸寒	收敛	久咳、久泻、盗汗、遗精	0.5—1.5
	芡实	甘涩平	止泻涩精	脾虚、久泻、遗精	3.0—5.0

杀虫药

治疗人体各部寄生虫的药物，叫杀虫药。

药名	性味	功用	主治	常用量（钱）
使君子	甘温	健脾、消积、杀虫	驱蛔虫	1.5—3.0
榧子	苦涩	消积、杀虫	驱蛔、绦虫、钩虫	1.5—3.0
槟榔	苦辛涩温	消积、杀虫	驱绦虫	5.0—20.0
雷丸	苦寒有毒	杀虫	驱绦虫	3.0—6.0
苦楝皮	苦温	杀虫	驱蛔虫	5.0—15.0
大蒜	辛温	杀虫、解毒	阿米巴痢、钩虫、痢疾	2.0—4.0

外用药

外用药多数有毒，一般只能在体表外面敷用。有些外用药内服虽可治一些疾病，但须十分注意，防止中毒。

药名	性味	功用	主治
硫黄	酸温有毒	[illegible]、杀虫	疥、癣、[illegible]、疽
轻粉	辛寒有毒	杀虫、攻毒	疥、癣、梅毒
雄黄	辛温有毒	解毒	疥、癣、恶疮
硼砂	甘咸凉	解毒	咽喉肿痛、眼睛红肿
炉甘石	甘平	生肌、明目、消翳	疮疡、脓水多、眼红烂
土槿皮	甘平	治癣	主治皮肤疥、癣

附：常用中成药

分类	名称	主要成分	功用	主治	用量
解表类	银翘解毒丸（片）	银花、连翘、薄荷、桔梗、牛蒡子、荆芥	清热解表	风热、感冒、头痛、四肢酸痛、咳嗽、咽疼	一丸（4片）日服二次
	感冒片	银花、连翘、薄荷、桔梗、荆芥、豆豉	清热散风、解表	同银翘丸	一[illegible] 日服二次
	桑菊感冒片	桑叶、菊花、连翘、甘草、杏仁	清热散风、止咳	感冒、发热、头痛、鼻塞、咳嗽、咽疼	四片 日服二次

分类	名称	主要成分	功用	主治	用量
解表类	羚翘解毒丸（片）	羚羊角、银花、荆芥、连翘、薄荷、桔梗	清热解表	主治同上，对发热重者效果较好	一丸（4片）日服二次
止咳平喘类	麻杏止咳片	麻黄、杏仁、石膏、甘草、桔梗、陈皮	止咳定喘	肺热咳嗽、喘息	四片 日服二次
	川贝精片（散）	川贝等	清肺祛痰、止咳定喘	肺热咳嗽、咯黄痰、喘息	四片 日服二次
	通宣理肺丸	苏叶、麻黄、杏仁、前胡、桔梗、黄芩、陈皮、半夏	散风宣肺、止咳	感冒、急性支气管炎，引起咳嗽、咯痰不爽	一丸 日服二次
	橘红丸（片）	橘红、贝母、麦冬、款冬花、茯苓、紫菀、瓜蒌皮、生石膏	化痰止咳	急慢性支气管炎、气喘、咳白粘痰者	一丸（6片）日服二次
	气管炎丸	麻黄、款冬花、杏仁、贝母	止咳定喘	慢性支气管炎	20粒 日服二次
	定喘丸	苏子、杏仁、川贝、黄芪、阿胶、款冬花	理肺益气、止咳定喘	久病咳喘、痰多胸闷	一丸 日服二次

分类	名称	主要成分	功用	主治	用量
清热消炎类	解毒消炎丸	丁香、腰黄、蟾酥、朱砂、百草霜	清热解毒、消肿止痛	疔疮初起、扁桃腺炎以及毒虫咬伤	4～6粒 日服三次
	牛黄上清丸	牛黄、黄连、大黄、黄芩、连翘、栀子、生石膏、菊花	疏风止痛、清热解毒	头痛眩晕、目赤耳鸣、口舌生疮、牙龈肿疼、便秘	一丸 日服二次
	牛黄解毒丸（片）	黄芩、黄连、黄柏、大黄、连翘、银花、牛黄	清热解毒	主治同上，兼治疖肿	一丸（4片）日服二次
	牛黄清心丸	牛角、麝香、犀角、羚羊角、朱砂	清心开窍	心热心烦、神昏谵语、大昏胸热、癫痫惊风	一丸 日服二次
	龙胆泻肝丸	龙胆草、栀子、黄芩、泽泻、木通、车前子、柴胡	清肝经湿热	肝热头晕、重听耳鸣、口苦尿赤	二钱 日服二次
	脑立清	代赭石、半夏、牛膝、真珠母	清肝热、降血压	高血压者、头晕、失眠、耳鸣	10粒 日服二次
	清热消炎片（或冲剂）	蒲公英	消炎止痛	上呼吸道感染、扁桃腺炎、丹毒、乳腺炎	6～8片（冲剂每四小时一包）

分类	名称	主要成分	功用	主治	用量
祛风湿类	小活络丹	川乌、乳香、没药等	散风、活血、止痛	腰背手脚酸疼、麻木	一丸 日服二次
	天麻丸	天麻、当归、附子、羌活、独活、杜仲	散风、活血、止痛	手足麻木、腰腿疼痛	一丸 日服二次
	豨桐丸	豨莶草、梧桐	散风祛湿	同天麻丸	1—3钱 日服二次
	木瓜丸	木瓜、红花、川断、秦艽、木香、防风、狗脊	强壮筋骨、祛风定痛	受风湿引起的关节麻木	15粒 日服二次
	舒筋活血片	红花、鸡血藤、香附、五加皮、伸筋草	舒筋活络、活血散瘀	筋骨疼、四肢拘挛、跌扭瘀血	5片 日服三次
驱虫类	乌梅丸	乌梅、细辛、当归、黄柏等	安蛔	腹疼、吐蛔虫	一丸 日服三次
	肥儿丸	肉豆蔻、槟榔、使君子、胡连等	消积杀虫	消化不良、食积体瘦、肠寄生虫病	一丸 日服三次
治胃病类	香砂养胃丸	香附、砂仁、木香、白术、陈皮、茯苓、法夏	和胃止呕、舒气宽胸	消化不良、胃脘闷痛、呕吐吞酸	三钱 日服二次

分类	名称	主要成分	功用	主治	用量
护胃药类	开胃健脾丸	白术、厚朴、陈皮、枳实	开胃健脾、增进饮食	胃口不开、饮食无味、胸满腹胀	二钱 日服二次
	保和丸	陈皮、厚朴、苍术、半夏、莱菔子、山楂、神曲	消食、助消化	嗳腐吞酸、不思饮食	二钱 日服二次
	良附丸	高良姜、香附	消食止痛	胃中冷痛、呕吐酸水	二钱 日服二次
	胃可宁	海螵蛸、象贝	止痛制酸	胃病、胃酸过多、溃疡病	五片 日服三次
治痢止泻类	木香槟榔丸	木香、槟榔、大黄、青皮等	开郁止痛	痢疾、腹疼、消化不好	二钱 日服二次
	参苓白术丸（散）	人参、莲子、白术、茯苓、山药、砂仁、扁豆	健脾止泻	脾胃虚弱、食欲不振、泄泻	一丸（袋）日服二次
	四神丸	肉果、五味、破故纸、吴萸	温补脾肾	慢性肠炎	二钱 日服二次
	附子理中丸	人参、白术、甘草、干姜、附子	温脾散寒、止泻止痛	虚寒胃痛、呕吐泻泄	一丸 日服二次
	香连丸	木香、黄连	清湿热、止痢	痢疾、肠炎	二钱 日服二次

分类	名称	主要成分	功用	主治	用量
治肝胆类	舒肝丸	元胡、白芍、枳壳等	疏肝理气	慢性肝炎、食少胁痛	一丸 日服二次
	逍遥丸	柴胡、当归、白芍、白术、茯苓	疏郁	慢性肝炎、肝郁不舒	三钱 日服二次
	茵陈黄疸丸	茵陈、山栀、黄柏等	清肝利胆	急、慢性肝炎、黄疸	四粒 日服一次
补益类	人参归脾丸	人参、当归、白术、黄芪、远志	补气养血、健脾安神	治心脾血亏诸证、失眠健忘、食少惊悸	一丸 日服二次
	补中益气丸	人参、黄芪、陈皮、甘草、白术、升麻、柴胡	补益中气	治气虚无力、内脏脱垂	一丸 日服三丸
	十全大补丸	人参、熟地、当归、肉桂、白芍、茯苓、黄芪	培补气血	体弱久病、虚损、神倦、乏力	一丸 日服三次
	六味地黄丸	熟地、丹皮、山药、泽泻、山萸、茯苓	滋补肾阴	治阴虚诸证、头晕、耳鸣、腰膝酸软	一丸 日服二次
	金匮肾气丸	六味地黄丸加附子、肉桂	温补肾阳	治阳虚诸证、腰痛水肿、小便不利	同上
	安神补心丸	石菖蒲、夜交藤、丹参、五味子等	安神宁心	失眠、健忘、心跳、耳鸣、头昏等	15粒 日服三次

分类	名称	主要成分	功用	主治	用量
解暑类	藿香正气丸	藿香、紫苏厚朴等	解表祛湿、辟秽化浊	中暑、头昏、头晕、恶心、呕吐、腹疼腹泻	一丸 日服二次
	辟瘟丹	朱砂、大黄、大戟、冰片等	祛暑	中暑、呕吐、腹痛、晕车	二片 儿童减半
其他	苏合香丸	苏合香、朱砂等	通关开窍	突然昏倒、痰延壅盛、牙关闭紧、人事不省	一丸 日服二次 孕妇忌服
	明目地黄丸	六味地黄丸加石决明、菊花	滋阴明目	治肝虚目暗、视物模糊、内障、迎风流泪	一丸 日服二次
	防风通圣丸	防风、薄荷、连翘等。	表里两解	怕冷发热、头昏眼花、大便干燥、皮肤痒疹	二钱 日服二次
	黄连羊肝丸	黄连、羊肝、石决明、草决明、木贼草	清肝热明目	肝虚火盛、目昏羞明	一丸 日服三次
	夏枯草膏	夏枯草	化结消肿	淋巴结结核	五钱 日服二次

分类	名称	主要成分	功用	主治	用量
妇科药	妇科十味片	党参、白术、当归、熟地、白芍、川芎、红枣、茯苓、甘草、香附	补气血调经	月经不调，经来腹痛	六片 日服三次
	女金丹	党参、白术、白芍、当归、香附、元胡、莪蒁	调经养血、温暖子宫	月经不调、小腹发凉、腰酸乏力	一丸 日服二次
	益母草膏	益母草	祛瘀调经	痛经、产后腹痛	一匙 化服
	白带丸	山药、白芍、茯苓、白术等	养血调经	白带	一丸 日服二次
	当归丸	当归、黄芪、茯苓等	养血调经	体虚、月经不调、痛经、白带	10—20粒 日服二次
	白凤丸	人参、当归、鹿角胶、香附、黄芪等	益气养血、调经止带	经血不调、崩漏白带	一丸 日服二次
	调经活血片	丹参、泽兰、元胡等	调经养血	月经不调、痛经	六片 日服三次

分类	名称	主要成分	功用	主治	用量
跌打损伤类	跌打丸	当归、川芎、土虫、血竭、乳香、没药、炙马前	活血止痛	跌打损伤、皮肤青肿作痛	一丸 日服三次 孕妇忌服
	七厘散	血竭、红花、乳香、没药、儿茶	活血止痛	外伤瘀血、闪腰岔气疼痛	3～5分（代） 日服三次
	五味活血散（原名五虎丹）	当归、红花等	活血止痛	同七厘散	二钱（代） 日服二次
	金不换膏	祛风寒、养血活血之品	散风、活血、止痛	扭伤、风湿痛	贴患处 3～5天换一次
	伤湿止痛膏	乳香、没药、苏合油、细辛薄荷冰等	散风止痛	外伤、跌损、风湿痛	贴患处 3～5天换一次
	伤科八厘散	土虫、乳香、血竭、当归等	活血止痛	跌打损伤、扭伤	一分 日服三次

第二部分 作用于中枢神经系统的药物

（一）中枢兴奋药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
苯甲酸钠咖啡因（安那加）	0.25g/支 0.5g/支	肌注 皮下	0.25～0.5g/次 极量 0.8g/次 3g/日	6～12mg/kg/次	兴奋呼吸、血管运动中枢，兴奋大脑皮层。用于中枢性呼吸抑制和循环衰竭。	
可拉明（尼可刹米）	0.25g/支 0.375g/支	肌注 皮下 静注	0.25～0.5g/次 极量 1.25g/次	6月～1岁 75mg/次 1～3岁 125mg/次 4～7岁 175mg/次	兴奋延髓，对呼吸中枢作用较强。可用于中枢性呼吸及循环衰竭。	大剂量可引起阵挛性惊厥。

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
洛贝林（盐酸山梗菜碱）	3mg/支	肌注皮下	10mg/次 极量 20mg/次 50mg/日	1～3mg/次	反射性呼吸兴奋药。用于各种疾病引起的呼吸循环衰竭及新生儿窒息。	
		静注	3mg/次 极量 6mg/次 20mg/日	0.3～3mg/次 必要时每隔30分钟可重复使用。		
强尔心	1ml/支	肌注皮下静注	1～2ml/次 重病者可适当增加用量。	0.5～1ml/次	能反射地兴奋呼吸、血管运动中枢。用于中枢性呼吸困难、循环衰竭及克山病急救。	1.本品含氧化樟脑0.5% 2.如有结晶析出，微温溶解使用。

注：1. 用法栏内："静注"为静脉注射；"静滴"为静脉滴入；"肌注"为肌肉注射；"皮下"为皮下注射。

2. 剂量、容量的符号：g—克，mg—毫克，kg—公斤，ml—毫升。

3. [illegible]

（二）镇静、催眠、安定及抗癫痫药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
苯巴比妥（鲁米那）	0.015g/片 0.03g/片 0.1g/支（钠盐）	口服	0.015～0.1g/次 1日1～3次 极量 0.25g/次 0.5g/日	镇静 0.5～2mg/kg/次 1日2～3次 催眠 3～6mg/kg/次 睡前服	长时作用类催眠药（约6～8小时）。小剂量镇静用，中剂量催眠用，大剂量抗惊厥用，亦可用于癫痫大发作和癫痫状态。	1.久用可产生耐受性和成瘾。 2.长时期用治疗癫痫，不能骤然停药。 3.有头晕、精神不振等副作用。 4.肝、肾功能严重减退者慎用。
		肌注	0.1～0.2g/次 极量 0.25g/次 0.5g/日	镇静 1mg/kg/次 抗惊厥 4～7mg/kg/次		
阿米妥（异戊巴比妥）	0.1g/片	口服	0.1～0.2g/次 睡前服 极量 0.2g/次 0.6g/日	3～6mg/kg/次 睡前服	中时作用类催眠药（约3～6小时）。小剂量镇静用，中剂量催眠用，大剂量抗惊厥用。	1.久服可产生耐受性和成瘾。 2.肝功能严重减退者慎用。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
水合氯醛	10%溶液	口服 灌肠	0.5～1.5 g/次 极量 1.5 g/次 3g/日	0.1g/岁/次	长时作用类催眠药（约6～8小时），作用发生迅速。用于催眠、抗惊厥及癫痫状态。	1.久服可产生耐受性和成瘾。 2.心脏病、动脉硬化、肝、肾功能严重减退者忌用或慎用。
导眠能	0.25g/片	口服	0.25～0.5 g/次 睡前服		催眠时间可维持约4～8小时。用于镇静、催眠。	
三溴片	0.3g/片 内含 溴化钠 0.1g 溴化钾 0.1g 溴化铵 0.1g	口服	0.3～0.9 g/次 1日3次	5岁以上 0.15g/次 1日3次	能调节大脑皮层活动的平衡。用于精神兴奋、焦虑不安、神经性失眠及神经衰弱等。	1.久服可蓄积中毒。 2.浮肿忌盐者禁用。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
眠尔通（氨甲丙二酯、安宁）	0.2g/片	口服	0.2～0.4 g/次 1日3次	25mg/kg/日 分3次	具安定、松弛肌肉和抗惊厥作用。用于失眠及神经官能症等。	1.偶可发生特异性反应如皮疹、药热等。 2.久服突然停药可致惊厥。
利眠宁（氯甲氮氧素）	10mg/片	口服	10～20mg/次 1日1～3次	5岁以上： 5mg/次 1日1～3次	具安定、松弛肌肉和抗惊厥作用。用于情绪烦躁、抑郁性焦虑、神经官能症及失眠，与其它抗癫痫药合用可抑制大小发作。	1.偶有嗜睡、运动失调、皮疹等。 2.肝、肾功能减退者慎用。
硫酸镁	2.5g/支	肌注	1.25～2.5 g/次	0.1g/kg/次	降低中枢神经系统的兴奋性，对周围血管有舒张作用，并可降低颅内压。用于子痫、破伤风、高血压性脑病及尿毒症等。	静注时宜慢，随时注意呼吸变化，并备氯化钙注射剂供解救用。
		静注	1.25～2.5 g/次 (20～30 mg/ml)	0.1～0.15 g/kg/次 (10～20 mg/ml)		

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
盐酸氯丙嗪（冬眠灵，氯普马嗪）	12.5mg/片 25mg/片 25mg/支 50mg/支	口服	0.0125～0.1g/次 极量 0.15g/次 0.6g/日	0.5～1mg/kg/次	能抑制大脑皮层和皮层下中枢，具安定、镇静、镇吐、降温、降血压等作用。用于呕吐、顽固性呃逆、中暑、高血压、精神病及人工冬眠等。	1.有厌食、便秘、皮疹、药热等反应，严重时出现黄疸，粒细胞减少。 2.用药后应平卧2小时以上，静滴后平卧时间应延长，并不得搬动头部，以防体位性休克。 3.肝功能严重减退及晚期高血压伴有明显动脉硬化者慎用。
		肌注 静滴	0.025～0.05g/次 极量 0.1g/次 0.4g/日	0.5～1mg/kg/次		

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
苯妥英钠（大伦丁）	0.05g/片 0.1g/片	口服	0.05～0.1g/次 1日3次 极量 0.3g/次 0.6g/日	3～8mg/kg/日 分3次	抑制大脑皮层运动区，有抗癫痫作用。用于治疗癫痫大发作及精神运动性发作。	有头晕、头痛、眼球震颤、共济失调及厌食、恶心、呕吐等副作用。
三甲双酮	0.15g/片	口服	0.15～0.3g/次 1日3次 极量 0.5g/次 2g/日	20～40mg/kg/日 分3次	具抗癫痫作用。用于癫痫小发作。	有皮疹、粒细胞减少及肝、肾损害，故肝、肾功能严重减退者慎用。

(三) 镇痛药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
盐酸吗啡	10mg/支	皮下	5～15mg/次 极量 20mg/次 60mg/日	0.12～0.2mg/kg/次	为中枢抑制药，能镇痛、镇静、镇咳、抑制呼吸及肠蠕动，并兴奋胃、肠、胆管及输尿管平滑肌。用于剧烈疼痛，心脏性哮喘及麻醉前给药。	1.有便秘、呕吐、眩晕等副作用。 2.久用可成瘾。 3.治胆绞痛及肾绞痛时应与阿托品合用。 4.肝功能严重减退、肺原性心脏病、支气管哮喘患者、婴儿、哺乳期及待产期（4小时内能分娩者）妇女忌用。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
度冷丁(哌替啶)	50mg/片 100mg/支	口服	0.1～0.15g/次 极量 0.2g/次 0.6g/日	0.5～1mg/kg/次	能抑制大脑皮层，具镇痛、镇静、解痉作用。用于强烈痉挛性疼痛、手术后疼痛、麻醉前给药及人工冬眠等。	1.久用可成瘾。 2.可有头痛、出汗、口干、恶心、呕吐等副作用。 3.胆绞痛应与阿托品合用。
		肌注	0.05～0.1g/次 极量 0.15g/次 0.6g/日	0.5～1mg/kg/次		
安依痛(阿那度尔)	20mg/支	肌注 皮下	20～40mg/次 极量 60mg/次		能抑制大脑皮层，具镇痛、解痉作用。作用快，维持时间短。用于仅需短时止痛病例。	与度冷丁类似。
磷酸可待因	15mg/片 30mg/片	口服	15～30mg/次 极量 0.1g/次 0.25g/日	镇痛 3mg/kg/日 止咳 1～1.5mg/kg/日 分3～4次	为中枢抑制药，具止咳、镇痛作用。用于刺激性、无痰性咳嗽及轻度、中度疼痛。	久服可成瘾。

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
复方樟脑酊	酊剂	口服	2～5ml/次	0.04～0.06ml/kg/次	为中枢抑制药，具止咳、镇痛及止泻作用。用于咳嗽，腹痛及腹泻。	含吗啡约0.05%

（四）解热镇痛药

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
阿斯匹林（乙酰水杨酸）	0.3g/片 0.5g/片	口服	解热镇痛 0.3～0.6g/次 1日3次 抗风湿 1～1.5g/次 1日3～4次	解热镇痛 0.06g/岁/次 1日3次 抗风湿 0.1～0.15g/kg/日 分3～4次	解热、镇痛、抗风湿。用于发热、伤风、感冒、头痛、神经痛、急性风湿病或类风湿病等。	对胃粘膜有刺激性，并有过敏反应，如皮疹、哮喘等。

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
复方阿斯匹林片（解热止痛片、正痛片）	0.5g/片	口服	1～2片/次 1日3次	2～3岁 1/4片/次 4～6岁 1/3片/次 7～12岁 1/2片/次 1日3次	解热、镇痛。用于发热、伤风、感冒、头痛等。	1.副作用同阿斯匹林。 2.主要成份为：阿斯匹林、非那西汀及咖啡因。
非那西汀	0.3g/片	口服	0.3～0.6g/次 1日3次	60mg/kg/日 分3次	解热、镇痛。用于发热、头痛、神经痛及月经痛等。	长期大量服用可致眩晕、发绀、呼吸困难等。
氨基比林（匹拉米洞）	0.3g/片	口服	0.3～0.5g/次 1日3次	20mg/kg/日 分3次	解热、镇痛、抗风湿。其作用强而持久，与巴比妥类合用可增强其镇痛效能。用于发热、伤风、感冒、头痛、肌肉痛、牙痛、神经痛、月经痛及风湿性关节炎等。	少数患者可产生颗粒性白血球减少症。

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
小儿退热片	每片含：阿斯匹林 56.7mg 非那西汀 41mg	口服		2～3岁 1片/次 4～6岁 $1^1/_2$片/次 7～12岁 2片/次	同复方阿斯匹林。	同复方阿斯匹林。
索密痛（去痛片）	0.5g/片	口服	1～2片/次 1日3次	5岁以上 $^1/_2$片/次 1日3次	解热、镇痛。用于发热、伤风、感冒、头痛、牙痛、肌肉痛、神经痛及月经痛等。	主要成份为：氨基比林、非那西汀、咖啡因及苯巴比妥。
安乃近（罗瓦而精）	0.5g/片 0.5g/支 1g/支	口服	0.5～1g/次 1日3次	10～20mg/kg/次 1日3次	同氨基比林。	同氨基比林。
		肌注	0.25～0.5g/次	5～10mg/kg/次		

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
保泰松（布他酮）	0.1g/片	口服	0.1～0.2g/次 1日3次	0.02～0.03g/岁/日 分3次	镇痛、抗风湿。用于风湿性、类风湿性关节炎及急性痛风等。	1.有恶心、呕吐、水肿等副作用，严重的可发生血尿、肝炎、胃与十二指肠溃疡及粒细胞减少。 2.水肿、心脏病、胃、十二指肠溃疡及肝功能障碍者忌用。
水杨酸钠	0.3g/片	口服	0.6～0.9g/次 1日3～4次	0.06～0.09g/kg/日 分3～4次	解热、镇痛、抗风湿。用于急性风湿病及急、慢性痛风。	1.常见恶心、呕吐、耳鸣等。 2.可与等量碳酸钙同服。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
安痛定	2ml/支	肌注 皮下	2ml/次	0.04ml/kg/次	解热、镇痛。用于头痛、偏头痛、神经痛、月经痛等。	1.注意事项同氨基比林。 2.主要成份为：氨基比林、安替比林及巴比妥。

作用于呼吸系统的药物

（一） 镇咳、祛痰药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
氯化铵	0.3g/片	口服	0.3～0.6g/次 1日3次	30～60mg/kg/日 分3次	刺激胃粘膜，反射地引起呼吸道粘膜分泌增加而起祛痰作用。用于呼吸道炎症初期和痰液粘稠不易咳出者。因能酸化尿液亦常与汞剂合用以利尿。	肝、肾功能严重减退者慎用。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
碘化钾	10%溶液	口服	0.3～1g/次 1日3次	60～100mg/岁/次 1日3次	作用同氯化铵。用于慢性支气管炎。	刺激性强。急性支气管炎及肺结核患者忌用。
咳必清（妥克拉司）	25mg/片	口服	12.5～25mg/次 1日3次	5岁以上：6.25～12.5mg/次 1日3次	有中枢性镇咳作用。用于无痰而剧烈的频咳如急性上呼吸道炎症和胸膜炎引起的反射性咳嗽。	
复方甘草合剂（棕色合剂）	溶液	口服	10ml/次 1日3次	1ml/岁/次 1日3次	镇咳、祛痰。用于一般咳嗽。	主要成份为：酒石酸锑钾、复方樟脑酊、亚硝酸乙酯醑、甘油及甘草流浸膏。
	片剂	口服	2～3片/次 1日3次	1/2～1片/次 1日3次		
非那根伤风止咳露	糖浆	口服	5～10ml/次 1日3次	0.5～1ml/岁/次 1日3次	祛痰、抗过敏。用于伤风及因过敏引起的支气管炎。	主要成份为：盐酸非那根、愈创木酚磺酸钾及氯化铵。

（二） 止喘药

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
氨茶碱	0.1g/片	口服	0.1～0.2g/次 极量 0.5g/次 1g/日	4～6mg/kg/次 1日3次	能舒张支气管及冠状血管并具利尿作用。用于支气管哮喘、心脏性水肿及心绞痛等。	1.口服有恶心、呕吐等副作用。 2.静脉注射时宜缓慢。
	0.5g/支	肌注	0.25～0.5g/次	2～4mg/kg/次		
	0.25g/支	静注	0.25～0.5g/次 极量 0.5g/次 2g/日	2～4mg/kg/次 (6.25～12.5mg/ml)		
盐酸麻黄碱	25mg/片 30mg/支	口服	15～30mg/次 1日3次 极量 60mg/次 150mg/日	0.5～1mg/kg/次 1日3次	兴奋中枢、舒张支气管平滑肌、收缩血管，有温和而持久的升压作用。用于支气管哮喘、过敏性反应、鼻粘膜肿胀及脊髓麻醉时低血压的预防。	兴奋、失眠、心悸并易引起耐受性。
		肌注	同口服	同口服		

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
盐酸肾上腺素	1mg/支	皮下	0.25～1mg/次 极量1mg/次	0.02～0.03mg/kg/次	有兴奋心脏、收缩血管、舒张支气管等作用。用于支气管哮喘的急性发作，过敏性休克及其它过敏性反应。并用于心脏骤停的抢救。	1.有焦急、恐惧、头痛、心悸等副作用。 2.心脏病、高血压、糖尿病、甲状腺机能亢进、洋地黄中毒及触电引起的循环衰竭患者忌用。
硫酸异丙肾上腺素(喘息定)	10mg/片	舌下含	10～15mg/次 1日3次 极量 20mg/次 60mg/日	5岁以上：2.5～10mg/次 1日3次	对支气管平滑肌有显著舒张作用。用于支气管哮喘及痉挛性支气管炎。	1.有心悸、头痛、恶心等副作用。 2.甲状腺机能亢进及心肌梗塞患者忌用。

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
百喘朋	片剂	口服	1～2片/次 1日3次	5岁以上：1/2片/次 1日3次	有舒张支气管平滑肌及抗过敏作用。用于支气管哮喘、荨麻疹及其它过敏性疾患。	每片含：盐酸麻黄碱 25mg 盐酸苯海拉明 25mg

作用于消化系统的药物

(一)制酸药

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
碳酸氢钠(小苏打、重曹、重碳酸钠)	0.5g/片 1g/支(20ml/支)	口服	0.3～2g/次 1日3次	0.1～1g/次 1日3次	口服有中和胃酸作用，吸收后可防治酸中毒，静滴可治疗酸中毒。用于碱化尿液、胃酸过多及酸中毒。	服后产生多量二氧化碳气体，增加胃内压力，故严重消化性溃疡患者忌用。
		静滴	需参照二氧化碳结合力而定，一般急性酸中毒可用 100～250ml/次	需参照二氧化碳结合力而定，急性酸中毒可用 20～100 ml/次		

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
碳酸钙	0.5g/片	口服	0.5～2g/次 1日3次		中和胃酸，作用徐缓而持久。用于胃酸过多及胃肠溃疡病。	因能引起便秘，故常与氧化镁合用或交替使用。
氧化镁	0.2g/片	口服	0.2～1g/次 1日3次	6个月：0.05 g/次 1岁：0.1g /次1日3次	同碳酸钙	服后可致轻泻，故常与碳酸钙合用或交替使用。
氢氧化铝凝胶	凝胶	口服	5～10ml/次 1日3次 饭前服	2～8ml/次 1日3次	制酸作用徐缓而持久，且有保护溃疡面的作用。用于胃酸过多及胃肠溃疡病。	服后可致便秘。
复方胃舒平片	0.5g/片	口服	2～4片/次 1日3次	5岁以上：1～2片/次 1日3次	能中和胃酸、减少胃酸分泌、并有保护胃粘膜及解痉作用。用于胃酸过多、溃疡病及胃痛等。	主要成分为：氢氧化铝、三矽酸镁及颠茄等。

(二) 解痉药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
硫酸阿托品	0.3mg/片 0.5mg/支	口服	0.3～0.5mg/次 1日3次 极量：1mg/次 3mg/日	0.01mg/kg/次 1日3次	抑制腺体分泌、弛缓平滑肌、散大瞳孔，并反射地增加心率。用于胃、肠、胆、肾绞痛，中毒性休克，有机磷中毒，麻醉前给药及散瞳、虹膜炎等。	1.有口干、心率加快、皮肤潮红等。 2.青光眼患者忌用。
		皮下静注	0.3～0.5mg/次 极量：1mg/次	0.01mg/kg/次 最大：0.03～0.05mg/kg/次		
颠茄浸膏	8mg/片 20mg/片	口服	10～20mg/次 1日3次 极量：50mg/次 150mg/日	5岁以上，5mg/次 1日3次	作用与阿托品相似。用于治疗胃、十二指肠溃疡，胃肠痉挛性疼痛及胃炎等。	同硫酸阿托品，但较轻。青光眼患者忌用。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
颠茄酊	酊剂	口服	0.3～1ml/次 1日3次 极量：1.5ml/次 4.5ml/日	0.03～0.06ml/岁/次	作用与阿托品相似。用于治疗胃、十二指肠溃疡，胃肠痉挛性疼痛及胃炎等。	同硫酸阿托品，但较轻。青光眼患者忌用。
氢溴酸东莨菪碱	0.3mg/片 0.5mg/支	口服	0.3mg/次 1日3次 极量：0.6mg/次 2mg/日	0.006mg/kg/次 1日3次	作用与阿托品相似。用于胃、肠、胆道痉挛性疼痛，晕车、晕船、妊娠呕吐及麻醉前给药等。	同 上
		肌注	0.3～0.5mg/次 极量：0.5mg/次 1.5mg/日	0.006mg/kg/次1日1次		

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
胃复康	1mg/片	口服	1～3mg/次 1日3次		抑制各种平滑肌及腺体。用于溃疡病及胃肠痉挛。	1.有口干、视力不清及排尿困难等副作用。 2.青光眼及幽门梗阻患者禁用。
溴本辛	50mg/片	口服	50～100mg/次 1日3～4次	6mg/kg/日 分4次服	有解痉及抑制腺体分泌的作用。用于溃疡病、肠蠕动亢进、肠痉挛及膀胱刺激症状等。	1.有口干、排尿困难等副作用。 2.青光眼、前列腺肥大及幽门梗阻患者忌用。

（三） 健胃消化药

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
复方龙胆酊	酊剂	口服	2～4ml/次 1日3次 饭前服		刺激味觉感受器，反射地兴奋食物中枢，增加食欲。用于食欲不振及消化不良。	主要成份为：龙胆、豆蔻、桂皮。
胃蛋白酶	粉剂	口服	0.3～0.6g/次 1日3次	2岁以下：0.1g/次 2岁以上：0.2g/次 1日3次	消化蛋白质。用于消化不良及病后消化机能减退等。	胃蛋白酶在酸性条件下才能起作用，故需和稀盐酸同服。
稀盐酸	10%溶液	口服	0.5～2ml/次 1日3次	1滴/岁/次 1日3次	增加胃内酸度。用于胃炎、胃癌、恶性贫血等所引起的胃酸缺乏症及消化不良。	饭后服，服时应稀释。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
胰酶片	0.3g/片	口服	0.3～0.6g/次 1日3次	0.15～0.6g/次 1日3次	能消化脂肪、蛋白及淀粉。用于胰腺病所致的胰酶缺乏症。	易被胃酸破坏，故应采用肠溶衣片或与碱性药物同服。
淀粉酶	粉剂	口服	0.1～0.5g/次 1日3次		消化淀粉。用于淀粉酶缺乏症及淀粉性食物异常酸化等。	需和等量碳酸氢钠同服，以减少胃酸的破坏。
表飞鸣(乳酶生)	0.3g/片	口服	0.3～0.9g/次 1日3次	0.2～0.6g/次 1日3次	为乳酸杆菌制剂，能助长发酵菌繁殖，从而抑制腐败菌的生长。用于消化不良等。	不能和抗菌素及吸附剂合用。

（四） 泻药及止泻药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
硫酸镁	50%溶液	口服	15～30g/次	1g/岁/次	口服后不易被肠壁吸收，在肠内形成高渗溶液，反射地使肠蠕动增强而起导泻作用。用于便秘、排泄毒物，并于服驱虫药后作导泻用。	1.服药后需多饮水。 2.孕妇忌服。
双醋酚汀	5mg/片	口服	5～15mg/次睡前服	5岁以上：5～10mg/次睡前服	在肠内遇碱分解，其分解产物刺激肠壁而引起排便。用于习惯性便秘及术后肠弛缓。	
三醋酚汀	10mg/片	口服	10～30mg/次睡前服		同双醋酚汀	
果导	每片含酚酞0.1g	口服	0.2g/次 睡前服		在肠内遇碱变成可溶性盐，刺激肠壁引起下泻，作用较温和。用于老年或习惯性便秘。	

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
开塞露	10ml/支 20ml/支	肛门注入	20ml/次	10ml/次	为50%甘油，注入肛门后，可刺激肠壁反射地引起排便。用于各种便秘。	
蓖麻油	油剂	口服	15～30ml/次睡前服	婴儿：2～5ml/次 儿童：5～10ml/次 睡前服	在肠内皂化后，对小肠有刺激作用，引起肠蠕动增强而排便。用于各种便秘。	1.脂溶性药物(磷、苯、及四氯乙烯等)中毒时禁用。 2.忌与山道年合用。 3.月经期、妊娠期及腹部炎症患者禁服。
鞣酸蛋白	0.3g/片	口服	0.5～1g/次 1日3次	1岁以下：0.1～0.2g/次 2～7岁：0.2～0.3g/次 7岁以上：0.3～0.5g/次1日3次	在肠内有收敛作用。用于急性或慢性腹泻的对症治疗。	

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
次硝酸铋(碱式硝酸铋)	0.3g/片	口服	0.3～1.5g/次	1～5岁：0.2～0.6g/次	具收敛止泻作用。用于肠炎及消化不良性腹泻。	
药用炭	0.3g/片	口服	1～3g/次 1日3次	0.3～0.6g/次1日3次	吸附肠内化学物质及毒物，减少对肠粘膜的刺激而起止泻作用。用于慢性腹泻及腹胀。	
矽炭银	0.3g/片	口服	0.6g/次 1日3次		具吸附收敛作用。用于急、慢性腹泻及胃肠异常发酵。	

作用于心血管系统的药物

（一） 强心及纠正心律紊乱药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
洋地黄	0.1g/片	口服	饱和量：1～1.2g 缓给：0.1g/次 1日3～4次 速给：0.2g/次 6小时1次 维持量：0.05～0.1g/日 极量：0.4g/次 1g/日	饱和量： 小于2岁：40mg/kg 大于2岁：30mg/kg 缓给：1/10饱和量1日3～4次 速给：1/5饱和量6小时1次 维持量：为饱和量的1/10	增强心肌收缩力，减慢心率、降低房室传导系统及心房、心室内传导机能。用于充血性心力衰竭、心房纤维性颤动、心房扑动及阵发性室上性心动过速。	1.有蓄积性。 2.有厌食、恶心、头痛、头昏、心跳及节律不整等。一般心率低于60次/分停药。 3.服药期间或服药后七日内禁服钙剂或麻黄碱。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
地高辛（狄戈辛）	0.25mg/片	口服	饱和量：2～3mg 2～3天内分数次口服 维持量：0.25～0.5mg/日	饱和量： 小于2岁：0.06～0.08mg/kg 大于2岁：0.04～0.06mg/kg 维持量：为饱和量的1/4	同洋地黄，但作用较快，易于排泄。	同洋地黄，但较少蓄积性。
西地兰（毛花洋地黄甙丙）	0.4mg/支	肌注 静注	0.4mg/次 饱和量：1.2～1.6mg	饱和量： 2岁以下：0.04mg/kg 2岁以上：0.03mg/kg	同洋地黄，但作用及排泄均甚快。	同洋地黄，但较少蓄积性。
毒毛旋花子甙K	0.25mg/支	静注	0.25～0.5mg/次 极量：0.5mg/次 1mg/日	0.007～0.01mg/kg/次	同洋地黄，但作用较西地兰更快，排泄更易。	1.与洋地黄同，但较少蓄积性。 2.若用毒毛旋花子甙G时，剂量应减半。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
硫酸奎尼丁	0.2g/片	口服	0.2～0.4g/次 2～6小时1次 极量: 0.6g/次 3g/日	30mg/kg/日 分3～6次	能延长心肌不应期，降低应激性及传导性，并抑制正常及异位冲动的形成。用于心房纤维性颤动，心房扑动及期前收缩。	一般有恶心、呕吐、头痛、耳鸣等。严重反应为心室停跳。
盐酸普鲁卡因酰胺	0.25g/片	口服	首剂 0.5～1g 以后 1～3g/日 极量: 1g/次 3g/日	14mg/kg/次	能延长心肌不应期，降低应激性及传导性。用于心房扑动、心室节律不整及阵发性心动过速。	厌食、恶心、腹泻，长期应用注意白细胞缺乏症。
硫酸阿托品	0.5mg/支	肌注 静注	1～5mg/次		阻断迷走神经，用于三度房室传导阻滞。	

（二） 抗高血压及舒张血管药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
利血平	0.25mg/片 1mg/支	口服	0.25mg/次 1日2～3次	0.02mg/kg/日 分2～3次	扩张血管、降低血压、减慢心率，并具中枢安定作用。用于早期、轻度及中度高血压，亦可用于狂躁型精神病。	鼻塞、嗜睡、腹泻及乏力等。
		肌注	开始用 0.5～1mg/日 见效后改为：0.125～0.25mg/日	急症时0.07mg/kg/次 最大量 1.5～2mg		
降压灵	4mg/片	口服	4～8mg/次 1日3次		扩张血管、降低血压。用于各种高血压症。	
路丁	20mg/片	口服	20mg/次 1日3次	同成人	降低血管渗透性和脆性。用于高血压的辅助治疗。	

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
地巴唑	3mg/片 10mg/片	口服	10～20mg/次 1日3次 极量：150mg/日	0.3～1mg/kg/次 1日3次	能降压，解痉，并促进受损神经的修复功能。用于高血压、心绞痛、颜面神经麻痹及小儿麻痹后遗症。	
三硝酸甘油	0.6mg/片	舌下	0.3～0.6mg/次		松弛小血管平滑肌，扩张冠状动脉。用于心绞痛及肾绞痛。	舌下含2～3分钟奏效，维持15～30分钟。
妥拉苏林	25mg/片	口服	25mg/次 1日3次		扩张血管。用于闭塞性脉管炎、血栓性静脉炎等。	

作用于血液及造血系统的药物

（一） 抗凝血药及凝血药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
枸橼酸钠	0.25g/支	输血用	每100ml血液中加入0.25g	同左	能与血中钙离子结合而起抗血液凝固作用。输血时用。	先以生理盐水10ml溶解后，再加入血液中。
仙鹤草素	20mg/片	口服	20～60mg/次1日3次	10～30mg/次1日3次	有缩短血凝时间的作用。用于内脏及外伤出血。	少数病人可能发生心跳、颜面充血与潮热等现象。
	10mg/支	肌注	10～20mg/次	同成人		
凝血质	15mg/支	肌注	15mg/次		使凝血酶元变成凝血酶而促进血凝。用于血友病、内脏出血、鼻衄及咯血等。	

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
安特诺新(阿度那、安络血)	2.5mg/片 10mg/支	口服	2.5～5mg/次 1日3次	5岁以下：1.25～2.5mg/次 5岁以上：2.5～5mg/次 1日3次	降低毛细血管的渗透性，加强毛细血管对损伤的抵抗力。用于血小板减少性紫癜及各种出血症。	
		肌注	10～20mg/次严重病例每2～4小时1次	5岁以下：2.5～5mg/次 5岁以上：5～10mg/次		
维生素 K_3	2mg/片	口服	4mg/次 1日3次	同成人	参与肝内凝血酶元的合成，具有止血作用。用于防治新生儿出血、阻塞性黄疸及各种内脏出血时的止血。	
	3.84mg/支	肌注	3.84mg/次	同成人		

（二） 治贫血药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
硫酸亚铁	0.3g/片	口服	0.3～0.6g/次 1日3次	0.1～0.3g/次 1日3次	是构成血红蛋白的原料。用于缺铁性贫血。	1.有胃肠不适、腹痛、腹泻等。 2.忌与茶同服。
枸橼酸铁铵	10%溶液	口服	10ml/次 1日3次	1～2ml/kg/日 分3次	同硫酸亚铁	同硫酸亚铁
维生素乙12 (B_{12})	0.05mg/支 0.1mg/支 0.5mg/支	肌注	0.05～0.5mg/次 每日或隔日1次	0.05～0.1mg/次 隔日1次	是红细胞生成所必需的物质。用于恶性贫血、营养性巨细胞性贫血及神经疾病、肝炎等。	不能与维生素C混合注射。
叶酸	5mg/片	口服	10mg/次 1日3次	5mg/次 1日3次	有促进造血过程的作用。用于妊娠期及婴儿期巨细胞性贫血及营养性巨细胞性贫血。	

作用于内分泌系统的药物

(一) 皮质激素及性激素

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
醋酸可的松	25mg/片 250mg/支	口服	25～100mg/次 1日3～4次	5～10mg/kg/日 分3～4次	有使钠、水潴留及促进钾的排泄、促进蛋白质分解变为糖，减少葡萄糖的利用率，溶解淋巴球，缓和结缔组织对伤害的反应以及抗炎、抗过敏等作用。用于各种严重的细菌感染（需与大量抗菌素合用）、过敏性疾病、风湿病、风湿性关节炎、血小板减少性紫癜、粒细胞减少症、急性淋巴白血病以及眼科、皮肤科疾患等。	1. 长期大量应用有浮肿、低血钾、血压增高、心动过速及副氮平衡等副作用。 2. 长期应用不可突然停药。 3. 用药期间应控制钠盐摄入量，并同服氯化钾。 4. 心力衰竭、肾功能不全、消化性溃疡、糖尿病患者慎用。
		肌注	50～300mg/日	5～10mg/kg/日		

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
氢化可的松	20mg/片 25mg/支 100mg/支	口服	20～80mg/次 1日3～4次	4～8mg/kg/日 分3～4次	同醋酸可的松	同醋酸可的松
		静滴	100～200mg/次	4～8mg/kg/日		
强的松（去氢可的松、泼尼松）	5mg/片	口服	2.5～10mg/次 1日3～4次	1～2mg/kg/日 分3～4次	同醋酸可的松，但水、钠潴留及促进钾排泄的作用较小。	同醋酸可的松，但副作用较小。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
甲基睾丸素	5mg/片	口服	5～10mg/次 1日2次	5～20mg/日 分1～2次(垂体性侏儒症) 1～2mg/kg/日 分1～2次(再生障碍性贫血)	能促进男性器官和副性征的发育，有对抗女性激素和促进蛋白质合成的作用。用于垂体性侏儒症、再生障碍性贫血、经绝期综合症、功能性子宫出血、晚期乳癌、卵巢癌及无睾症、隐睾症等。	用量过大可致女性男性化，并可引起肝脏损害和黄疸。
丙酸睾丸素	10mg/支 25mg/支	肌注	10～25mg/次 1日1次	1～2mg/kg/日 分1～2次(再生障碍性贫血)	同甲基睾丸素	同甲基睾丸素
黄体酮(助孕酮)	10mg/支 20mg/支	肌注	10～20mg/次		使子宫内膜转入分泌期，弛缓子宫收缩。用于功能性子宫出血、习惯性流产及先兆流产等。	

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
己烯雌酚(乙蔗酚)	0.5mg/片 1mg/支 2mg/支	口服	功能性子宫出血等： 0.5～1mg/次 每晚1次用20天 经绝期综合症： 0.25～0.5mg/次 1日1次 乳房胀痛： 5mg/次 1日2～3次连服3天 前列腺癌： 5mg/日		促进女子性器官发育成熟，使子宫内膜产生周期性月经，并可对抗男性激素。用于经绝期综合症、功能性子宫出血、月经过少或无月经、乳房胀痛及前列腺癌等。	1.用量过大可引起恶心、呕吐、腹痛、头痛等。 2.久服能导致子宫出血与子宫肥大。 3.孕妇忌服。
		肌注	0.5～5mg/次 每周2～3次			

（二） 甲状腺及抗甲状腺药物

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
甲状腺	30mg/片 60mg/片	口服	开始： 0.1～0.18g/日 （粘液性水肿）以后逐渐减少 维持量： 0.03～0.12g/日 极量： 0.2g/日	1岁以下： 6～8mg/日 1～2岁： 25～50mg/日 2岁以上： 30～120mg/日	是维持机体正常代谢与生长发育所必需的物质。用于克汀病、粘液性水肿及其它甲状腺机能减退症。	剂量过大可发生心悸、手指震颤、过分出汗及体重减轻等。
复方碘溶液	溶液	口服	0.1～0.5ml/次 1日1次 极量： 1ml/次 3ml/日	1～2滴/次 1日1次	间接抑制甲状腺素生成并抑制甲状腺素释放。用于单纯性甲状腺肿、毒性甲状腺肿的术前准备及其危象。	本品10ml内含：碘0.5g，碘化钾1g。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
甲基硫氧嘧啶	50mg/片 100mg/片	口服	开始： 0.15～0.3g/日 分3次 症状体征消失后酌减至 0.05～0.1g/日 分3次 极量： 0.2g/次	开始： 0.05～0.15g/日 分3次 症状体征消失后酌减至 0.025～0.05g/日 分3次	有阻止甲状腺素合成作用。用于甲状腺机能亢进、毒性甲状腺肿的术前准备及术后治疗。	1.有头痛、关节痛、眩晕、恶心、荨麻疹、药物热和粒细胞减少等。 2.孕妇、哺乳期妇女忌用。
丙基硫氧嘧啶	50mg/片	口服	同甲基硫氧嘧啶	同甲基硫氧嘧啶	同甲基硫氧嘧啶	同甲基硫氧嘧啶

利尿药与脱水剂

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
氢氯噻嗪（双氢氯噻嗪）	25mg/片	口服	25～50mg/次 1日3次	1～2mg/kg/日 分2次	抑制肾小管对钠和氯离子的再吸收，钾离子的排泄也增加，并有降压作用。用于各种原因引起的水肿及高血压。	1.偶可见恶心、呕吐、皮疹等。 2.长期服用宜加服氯化钾。
撒利汞（汞撒利茶碱）	2ml/支	肌注	1～2ml/次 每周1～2次 极量：2ml/次	5岁以下：0.1～0.5ml/次 5岁以上：0.5-1ml/次 极量：1.5ml/次	抑制近端肾小管对钠和氯离子的再吸收，作用强而快。用于心脏性与肝脏性水肿。	1.用药前1～2日应服用氯化铵，以加强利尿作用。 2.肾脏有损害者忌用。
醋氮酰胺（醋唑磺胺）	0.25g/片	口服	0.25～0.5g/次 1日1～2次	10～30mg/kg/日 分1～2次	抑制碳酸酐酶，影响肾小管对电解质的再吸收，影响眼房水分泌，可降低眼内压。用于心脏性水肿及青光眼。	肝、肾功能严重减退者慎用。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
氨苯喋啶	50mg/片	口服	50～100mg/次 1日3次	2mg/kg/次 1日3次	抑制肾小管对钠的再吸收而不增加钾的排泄。用于各型水肿。	与双氢克尿塞合用可增加其利尿作用。
甘露醇	20% 100ml/支 250ml/瓶	静注 静滴	1～2g/kg/次	同成人	注入静脉后使血液的渗透压增高，从而使脑组织的水份转移到血液内，以消除脑水肿，降低颅内压。用于脑水肿和颅内压增高，并可防治急性肾功能衰竭。	
山梨醇	25% 250ml/瓶	静注 静滴	1～2g/kg/次	同成人	同甘露醇但疗效稍差。	偶可引起头痛、血尿。
高渗葡萄糖	50% 20ml/支	静注	40～60ml/次 必要时2小时后再注1次	同成人	可用于脑水肿、急性肾功能衰竭等。	

抗菌素、磺胺及呋喃类药物

（一） 抗菌素

药品名称	规 格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
青霉素G	20万单位/瓶（钠盐） 20万 40万 100万 单位/瓶 （钾盐）	肌注	20～40万单位/次 6小时1次	2.5～5万单位/kg/日 分4次	能抑制(低浓度)或杀灭（高浓度）葡萄球菌、溶血性链球菌、肺炎球菌、脑膜炎球菌、破伤风杆菌、白喉杆菌及螺旋体等。用于脓肿、蜂窝组织炎、肺炎、中耳炎、扁桃体炎、脑膜炎、心内膜炎、败血症及梅毒等。	1. 毒性甚小，但易引起过敏，如皮疹、血清病样反应及过敏性休克。 2. 用前必须询问有无过敏史并用100单位/ml 0.1ml作皮内试验，20分钟后证实无过敏反应时再用。 3. 水溶液极不稳定，需冷藏于当日用完。
		静滴	600～1000万单位/日 （钠盐）	视年龄及病情而定 （钠盐）		

药品名称	规 格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
普鲁卡因青霉素G（青霉素混悬剂）	40万单位/瓶	肌注	40万单位/日	40万单位/日	同青霉素G，但作用较持久，用于对青霉素G敏感的细菌所引起的轻度感染。	同青霉素G
油剂普鲁卡因青霉素G（青霉素油）	300万单位/瓶	肌注	30～60万单位/次 1日1次	15～30万单位/次 1日1次	同普鲁卡因青霉素G	同普鲁卡因青霉素G

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
硫酸链霉素	0.1g/片 1g/支 2g/支	口服	0.25～0.5g/次 1日3～4次	60～80mg/kg/日 分3～4次	对结核杆菌有特效；对大肠杆菌、痢疾杆菌、鼠疫杆菌亦有效。用于各种结核病、泌尿道感染、肠道感染、肺炎、百日咳、败血症及鼠疫等。	1.有口唇周围及面部麻木、头晕、头痛等副作用，长期应用可引起耳鸣、耳聋。 2.亦可引起过敏反应，如皮疹、药热，甚至休克。
		肌注	1g/日 分1～2次	15～25mg/kg/日 分1～2次		
盐酸金霉素	0.05g/片 0.125g/片 0.25g/片 0.1g/支 0.2g/支	口服	0.25～0.5g/次 6小时1次	25～50mg/kg/日 分4次	抗菌范围很广，对多种细菌、立克次氏体、若干大型病毒及阿米巴原虫等均有抑制作用。用于肺炎、斑疹伤寒、泌尿道感染、败血症、沙眼及阿米巴痢疾等。	有恶心、呕吐、腹泻等副作用。长期应用能引起继发感染。可同服维生素B族以预防。
		静滴	0.5g/次 1日2次 (1～2mg/ml	15～30mg/kg/日 分2～3次 (1mg/ml)		

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
盐酸土霉素(地霉素)	0.05g/片 0.125g/片 0.25g/片	口服	0.25～0.5g/次 6小时1次	25～50mg/kg/日 分4次	与盐酸金霉素相似，对伤寒杆菌无效。	同盐酸金霉素但较轻。
	0.1g/支	肌注	0.1g/次 1日2～3次	10～12.5mg/kg/日 分2次		
	0.25g/支	静滴	0.5g/次 1日2次 (1～2mg/ml)	15～30mg/kg/日 分2～3次 (1mg/ml)		
盐酸四环素	0.05g/片 0.125g/片 0.25g/片 0.25g/支	口服	0.25～0.5g/次 6小时1次	25～50mg/kg/日 分4次	同盐酸金霉素。	同盐酸金霉素但较轻。
		静滴	0.5g/次 1日2次 (1～2mg/ml)	15～30mg/kg/日 分2～3次 (1mg/ml)		

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
氯霉素	0.25g/片	口服	0.25～0.5g/次 6小时1次	25～50mg/kg/日 分4次 早产及初生儿不超过25mg/kg/日	抗菌范围很广，对伤寒杆菌、痢疾杆菌、百日咳杆菌、大肠杆菌等效果很好；对立克次氏体及若干大型病毒亦有效。用于治疗伤寒、斑疹伤寒、细菌性痢疾、泌尿道感染、百日咳、肺炎及败血症等。	有恶心、呕吐、腹泻等。长期用药可损害造血系统引起粒细胞减少及再生障碍性贫血。
	0.25g/支	静注 静滴	0.5～1g/次 12小时1次 (2～5mg/ml)	25～50mg/kg/日 (2.5～5mg/ml) 早产及初生儿不超过20mg/kg/日		
		肌注	剂量同上	剂量同上		
合霉素（混旋氯霉素）	0.05g/片 0.25g/片 0.25g/支	口服	氯霉素加倍量	氯霉素加倍量	同氯霉素	同氯霉素
		肌注	同上	同上		

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
硫酸新霉素	0.1g/片	口服	0.25～1g/次 6小时1次	25～50mg/kg/日 分4次	抗菌范围很广，对葡萄球菌、肺炎球菌、大肠杆菌、产气杆菌、痢疾杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌及布氏杆菌等均有效。用于致病性大肠杆菌引起的婴儿腹泻及对其它抗菌素有耐药性的严重感染或泌尿道感染。	毒性为肾脏及听神经损害，肾功能减退者慎用。
	1g/支	肌注	0.5～1g/日 分3～4次 (0.2～0.25g/ml)	10～15mg/kg/日 分2～3次 (0.2～0.25g/ml)		
红霉素	0.1g/片	口服	0.2～0.5g/次 6小时1次	25～50mg/kg/日 分4次	对肺炎球菌、链球菌、葡萄球菌、白喉杆菌及炭疽杆菌有强大的抑制作用。用于各种耐青霉素、四环素族的葡萄球菌感染。	1．副作用少，主要有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等。 2．注射剂为乳糖酸盐，片剂为硬脂酸盐。
	0.3g/支	静滴	15～30mg/kg/日(1mg/ml)	15～30mg/kg/日 (1mg/ml)		

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
盐酸小檗碱（盐酸黄连素）	50mg/片 100mg/片	口服	0.1～0.2g/次 1日2次	5～10mg/kg/日	对多种致病菌如痢疾杆菌、葡萄球菌、链球菌等有抑制作用。用于肠道感染等。	

（二）磺胺及呋喃类药物

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
磺胺噻唑 (S.T.)	0.5g/片	口服	1g/次 4～6小时1次 首剂加倍	0.1～0.2g/kg/日 分4～6次 首剂加倍	对溶血性链球菌、脑膜炎双球菌、肺炎球菌、痢疾杆菌最敏感；对葡萄球菌、大肠杆菌、鼠疫杆菌等次之。用于上呼吸道感染、肺炎、脑膜炎、中耳炎、产褥热及疖、痈等。	1.偶有食欲不振、药热、皮疹、血尿及尿闭等。 2.应与等量碳酸氢钠同服并多饮水。

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
磺胺嘧啶 (S.D.)	0.5g/片 1g/支（钠盐）	口服	1g/次 4～6小时1次 首剂加倍	0.1～0.2g/kg/日 分4～6次 首剂加倍	同磺胺噻唑，但脑脊液中的浓度较高，更适用于流行性脑脊髓膜炎。	同磺胺噻唑
		肌注	1～2g/次	0.1～0.2g/kg/日		
		静注	1～2g/次 (50mg/ml)	0.1～0.2g/kg/日 (50mg/ml)		
磺胺脒（磺胺胍、S.G.）	0.5g/片	口服	1g/次 4～6小时1次 首剂加倍	0.2g/kg/日 分4～6次 首剂加倍	服药后吸收较少，对肠内细菌有抑制作用。用于细菌性痢疾及肠炎。	同磺胺噻唑，但不必加服碳酸氢钠。
磺胺甲氧嗪（长效磺胺 S.M.P.）	0.5g/片	口服	0.5g/次 1日1次 首剂加倍	15～20mg/kg/次 1日1次 首剂加倍	同磺胺噻唑，但口服吸收快，排泄慢，作用时间长。	同磺胺噻唑。

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
呋喃坦啶（呋喃妥因）	50mg/片	口服	0.1g/次 6小时1次	6～10mg/kg/日 分4次	抗菌范围很广，最敏感者为葡萄球菌、痢疾杆菌、伤寒杆菌及百日咳杆菌等。主要用于泌尿道感染。	1.偶有恶心、呕吐、皮疹、少尿、尿闭等。 2.肾功能严重减退者忌用。
呋喃西林	0.1g/片	口服	0.1g/次 1日3次	5～10mg/kg/日分3次	抗菌作用同呋喃坦啶，但毒性较大。用于治疗菌痢、肠炎及作消毒防腐用。	可引起多发性末梢神经炎，不宜长期服用。
呋喃唑酮（痢特灵）	0.1g/片	口服	0.1g/次 1日3～4次	5～10mg/kg/日分3～4次	具有较广的抗菌谱，对大肠杆菌、炭疽杆菌、副伤寒杆菌及痢疾杆菌最敏感。用于菌痢及肠炎。	偶有恶心、呕吐、皮疹、头痛等。

维　生　素

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
维生素甲（A）	2.5万单位/丸	口服	2.5万单位/次 1日3次	预防量：2000～4000单位/日 治疗量：2.5～5万单位/日	具有保护上皮组织正常机能的作用，也是视网膜在暗处视光所必需的物质。用于治疗夜盲症及眼干燥症。	
维生素丁2（D_2）（骨化醇）	40万单位/支	肌注	40万单位/次 隔日1次	同成人量	促进肠道中钙、磷的吸收，维持血钙、磷的平衡和骨内钙的沉积。用于佝偻病和骨软化症。	用于佝偻病时注射维生素D_2前，口服钙剂3～5日，以补充血钙不足。
维生素丁3（D_3）	30万单位/支 60万单位/支	肌注		30～60万单位/次 必要时2～4周后重复注射1次	同维生素D_2	同维生素D_2

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
鱼肝油丸	每丸含：A:10000单位 D:1000单位	口服	1～2丸/次 1日3次		同维生素A、D。	同维生素A、D。
维丁胶性钙注射液	1ml/支	肌注 皮下		1ml/次 每日或隔日1次	同维生素D_2。	1ml内含：维生素D：5000单位 胶性钙：0.5mg
维生素乙$_1$(B_1)(盐酸硫胺)	10mg/片 10mg/支 25mg/支 50mg/支	口服	10～30mg/次 1日3次	预防量：5mg/日 治疗量：15～30mg/日	维持神经、心脏和消化道正常机能所必需的物质。用于脚气病的预防，多发性神经炎、周围神经炎及中枢神经系统损伤等。	少数病人注射后可有过敏性休克。
		肌注	30～50mg/日 或视病情而定	10～20mg/次(重症) 或视病情而定		

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
维生素乙$_2$(B_2)(核黄素)	5mg/片 5mg/支 10mg/支	口服	5～10mg/次 1日3次	预防量：2mg/日 治疗量：10mg/日	具有参与体内酶、蛋白质及脂肪代谢等作用。用于治疗口角炎、舌炎、角膜炎、结膜炎及脂溢性皮炎等。	
		皮下	同口服 1日1次	同口服 1日1次		
维生素乙$_6$(B_6)(盐酸吡多辛)	10mg/片 25mg/支 50mg/支	口服	10～20mg/次 1日3次	预防量：1～2mg/次 治疗量：5-10mg/次	参与氨基酸及脂肪的代谢。用于妊娠呕吐及异烟肼中毒等。	
		肌注 皮下 静注	50～100mg/日	25mg/日		
维生素丙(C)(抗坏血酸)	0.05g/片 0.1g/片 0.1g/支 0.25g/支 0.5g/支	口服	0.1～0.2g/次 1日3次	预防量：50mg/日 治疗量：200～400mg/日	是机体代谢过程中必需的物质，能降低毛细血管的通透性及脆性，刺激造血机能及增加机体对感染的抵抗力。用于坏血病的防治及各种急慢性传染病及紫癜等。	
		肌注 静注	0.25～0.5g/次	200～400mg/日		

抗寄生虫病药

（一） 驱肠虫药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
山道年	15mg/片 30mg/片	口服	60mg/次 每晚1次，连服3日，第4日晨服盐类泻药；或临睡前及次晨空腹时各服1次，2小时后服盐类泻药。 极量： 0.1g/次 0.2g/日	10mg/岁/次 每晚1次，连服3日，每日不超过60mg，第4日晨服盐类泻药；或临睡前及次晨空腹时各服1次，2小时后服盐类泻药。	兴奋蛔虫神经节，使其发生痉挛性收缩，在泻药作用下被排出体外。用于蛔虫症。	1.有呕吐、腹痛、腹泻、黄视、眩晕、头痛及昏迷、虚脱等反应。 2.服药期间忌食油腻。 3.肾脏疾病、肝炎、急性胃肠道疾病、急性热病者忌用或慎用。
驱蛔灵（枸橼酸哌哔嗪）	0.48g/片 0.5g/片 16%糖浆	口服	驱蛔虫： 3g/次 1日1次连服2天 驱蛲虫： 1g/次 1日2次连服7～10天	驱蛔虫： 0.15g/kg/日 1日量不超过3g连服2天 驱蛲虫： 0.06g/kg/日分2次 1日总量不超过2g连服7～10天	麻痹蛔虫、蛲虫虫体，随粪便排出。用于蛔虫症、蛲虫症。	一般不需服泻药。
灭虫宁	0.3g/片	口服	3g/次 睡前服	0.2～0.3g/岁/次 总量不超过3g睡前服	能杀灭钩虫，对蛔虫、鞭虫也有一定疗效。用于钩虫症、蛔虫症、鞭虫症。	1.有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等副作用。 2.一般不需服泻药。

(二) 抗疟药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
硫酸奎宁	0.3g/片	口服	治疗：0.3～0.6g/次1日3次连服7天 预防：0.3～0.6g/次1日1次连服7天	治疗：30mg/kg/日分3次，连服7天 预防：10mg/kg/日1日1次连服7天	能杀灭各种疟原虫的配殖体，并有解热、镇痛、抑制心脏、兴奋子宫等作用。用于控制疟疾症状，亦常用于妇科引产。	1.有头痛、耳鸣、恶心、呕吐、腹泻等副作用。 2.孕妇忌服。
磷酸伯氨喹啉（扑疟奎）	13.2mg/片	口服	①14日疗法26.4mg/日连服14日 ②8日疗法39.6mg/日连服8日 ③4日疗法52.8mg/日连服4日	①14日疗法5岁以下：6.6mg/日6～9岁：13.2mg/日10～14岁：19.8mg/日每日1次 ②8日疗法剂量为14日疗法之一倍半 ③4日疗法剂量为14日疗法之2倍	杀灭配殖体和红细胞外型疟原虫。用于控制疟疾复发和传播。	用量稍大可出现疲乏、头昏、恶心、呕吐等反应。用时应严格控制剂量。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
盐酸环氯胍（新乐君）	0.1g/片	口服	治疗： 0.3g/次1日1次连服4天 极量： 0.6g/次 1g/日 预防： 0.4g/周分2次	治疗： 5～7mg/kg/日分2次连服4天 预防： 7～10mg/kg/周分2次	对恶性疟及间日疟的红细胞前型有效。用于控制疟疾症状及预防。	

抗结核药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
异烟肼(雷米封)	50mg/片 100mg/片	口服	0.1g/次 1日3次	5～20mg/kg/日 分3次	对结核杆菌有抑制及杀灭作用，较易渗入血脑屏障，易产生抗药性，与其它抗结核药合用能延缓抗药性的产生。用于各种类型结核。	1.有兴奋、失眠、头痛、四肢麻木及多发性神经炎等副作用，同服维生素 B_6 可预防。 2.不可同时使用麻黄碱、颠茄类制剂等。 3.肝、肾功能减退者及癫痫病患者忌用或慎用。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
对氨基水杨酸钠	0.5g/片 2g/支 4g/支	口服	8～12g/日 分3～4次	0.2～0.3g/kg/日 分3～4次	对结核杆菌有抑制作用。与其它抗结核药合用治疗各种结核病。	1.口服有胃肠道反应，偶可见皮疹及肝脏损害。 2.肝、肾功能减退者慎用。 3.忌与水杨酸钠同服。
		静滴	8～12g/日 (20～30mg/ml)	0.2～0.3g/kg/日 (20～30mg/ml)		

解毒药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
解磷毒(派姆)	0.4g/支	静注	0.8～1.2g/次 (25～50mg/ml) 严重病例2小时后可重服1次。	15～30mg/kg/次 (25～50mg/ml)	有机磷进入体内能抑制胆碱酯酶的活性，本品能恢复胆碱酯酶活性解除有机磷中毒。用于敌百虫、敌敌畏等有机磷农药中毒。	1.溶解时需加热。 2.常与阿托品合用。可首先注射阿托品以发挥速效，随后再给解磷毒以发挥协同作用。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
二巯基丙醇(巴尔)	0.1g/支	肌注	2.5～5mg/kg/次 最初2日,4小时1次,第3日6小时1次,以后12小时1次(一疗程为7～14天)	同左	解除金属对细胞中酶系统的抑制,对抗多种金属中毒。用于砷、汞、金、铋、锌等中毒。	1.有血压升高、心跳加快、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、头痛等。 2.多次注射可引起过敏反应。

升血压药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
重酒石酸去甲肾上腺素	2mg/支	静滴	0.004～0.008mg/分钟(0.008mg/ml) 极量:0.05mg/分钟	0.004 mg/分钟(0.008mg/ml)	有强大的血管收缩作用,对心肌的兴奋作用很小,能升高血压。用于周围循环衰竭。	1.药滴流通畅后再加入本药,以免溢到血管外引起组织坏死。 2.高血压、心肌缺血、动脉硬化时忌用。 3.本品2mg相当于去甲肾上腺素1mg

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
新福林(苯肾上腺素)	10mg/支	肌注皮下	5～10mg/次 1～2小时1次	同成人	有收缩血管作用,能升高血压,作用时间较长但较弱。用于周围循环衰竭。	静注应缓慢。
		静注	5～10mg/次	同成人		
		静滴	10～40mg/次	同成人		
恢压敏(硫酸甲苯叔丁胺)	15mg/支	肌注	20～60mg/次	0.5～1mg/kg/次	增强心肌收缩力,并使静脉收缩,增加回心血量,从而使血压升高。用于心原性休克及其它病因引起的休克。	
		静注	20～40mg/次	0.5mg/kg/次		
		静滴	60～100mg/次加入100ml输液中	30～60mg/次 加入100ml输液中		

抗 过 敏 药

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
盐酸异丙嗪（盐酸普鲁米近、非那根、抗胺荨）	25mg/片 25mg/支 50mg/支	口服	12.5～25mg/次 1日1～3次	0.5～1mg/kg/次 1日1～3次	降低机体对组织胺的反应，抑制中枢，降低体温，并有增强麻醉药、催眠药及镇痛药的作用。用于各种过敏性疾病、妊娠呕吐、晕车、晕船及人工冬眠等。	1.用后有恶心、思睡等。 2.忌与碱性及生物碱类药物配伍。 3.肝、肾功能减退者慎用。
		肌注 静滴	25～50mg/次	0.5～1mg/kg/次		
盐酸苯海拉明	25mg/片 20mg/支	口服	25～50mg/次 1日2～3次	2～4mg/kg/日 分3～4次	与盐酸异丙嗪类似，但作用时间较短。用于各种过敏性疾病，妊娠呕吐及晕车、晕船等。	有口干、头晕等副作用。
		肌注	20～40mg/次	0.4～0.8mg/kg/次		
扑尔敏（马来酸氯苯那敏）	4mg/片	口服	4mg/次 1日1～3次	0.35mg/kg/日 分3～4次	同盐酸苯海拉明。	同盐酸苯海拉明。

药品名称	规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
氯化钙	3% 20mg/支	静注	0.5～1g 加于25%葡萄糖 10～20ml中 1日1次	按病情而定	降低毛细血管渗透性，有消炎、抗过敏等作用，保持神经肌肉正常兴奋性，加强大脑皮层抑制过程。用于过敏性疾患、佝偻病、手足抽搦症及镁中毒等。	1.静注时全身有热感，注意勿漏出血管外。 2.洋地黄治疗期间与期后一周内忌用。
葡萄糖酸钙	0.5g/片 1g/支	口服	0.5～2g/次 1日3次	0.5g/次 1日3次	同氯化钙	同氯化钙
		静注	1～2g 加于25%葡萄糖20ml中 1日1次	0.6～1g 加于25%葡萄糖20ml中 1日1次		

纠正水、电解质和酸、碱平衡失调药物

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
生理盐水	0.9% 500ml/瓶	静滴	视病情而定	视病情而定	补充体液，用于脱水症。	心力衰竭及水肿患者忌用。
葡萄糖氯化钠注射液	5% 500ml/瓶	静滴	视病情而定	视病情而定	补充体液。用于脱水症，亦可用于休克及酸、碱中毒。	同生理盐水
葡萄糖溶液	5% 500ml/瓶 10% 500ml/瓶	静滴	500～1000ml 或视病情而定	视病情而定	补充体液。用于不需要补充盐的病情。	

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
氯化钾	10%溶液	口服	1～2g/次	0.5～1g/次 (低血钾症)	钾离子为神经冲动传导、肌肉收缩及心脏自动机能所必需，钾亦具利尿作用。用于低血钾症、心脏性及肾脏性水肿，亦用于洋地黄中毒。	1.静滴时滴速不得超过80滴/分，否则血钾过高而中毒。 2.超剂量中毒时，可用钙盐、葡萄糖和胰岛素作解毒剂。 3.肾功能严重减退者慎用，尿少时忌用。
	1g/支	静滴	1～2g/次	0.1～0.2g/kg (低血钾症) (不超过2.3mg/ml)		
乳酸钠	11.2% 20ml/支	静滴	需参照二氧化碳结合力而定，一般可用 60～100ml/次	需参照二氧化碳结合力而定，一般可用 3ml/kg/次	在体内被氧化后其钠离子和碳酸氢根离子结合成碳酸氢钠。用于治疗酸中毒。	1.应用时需加5倍量5%葡萄糖或注射用水稀释成1/6克分子溶液后滴入。 2.肝功能减退者慎用。

子宫收缩药

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
马来酸麦角新碱	0.2mg/支 0.5mg/支	肌注	0.2～0.5mg/次 极量：0.5mg/次 1mg/日		兴奋子宫平滑肌，加强其节律性收缩。用于产后子宫出血，促进子宫复旧，月经过多或与月经无关的子宫出血。	孕妇、临产妇及周围血管疾患忌用。
麦角流浸膏		口服	2～4ml/次 1日3次 极量： 4ml/次 12ml/日		同马来酸麦角新碱	同马来酸麦角新碱

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
垂体后叶素（脑垂体后叶）	10单位/支	肌注 静滴	5～10单位/次 5～10单位加入5%葡萄糖溶液500ml中		收缩子宫，对子宫体作用较强，对子宫颈作用较弱，有抗利尿作用，并能收缩周围血管增高血压。用于产后子宫出血、催产、引产，亦用来治尿崩症及肺咯血。	1.凡产妇宫口未开，胎位不正，头盆不称及产道异常等忌用本品催产。 2.用于晚期妊娠引产和催产时需静脉缓慢滴注，以免造成子宫破裂。 3.高血压患者忌用。
催产素	10单位/支	肌注 静滴	5～10单位/次 5～10单位加入5%葡萄糖溶液500ml中		收缩子宫，但无升压作用。用于催产、引产和产后子宫出血。	同垂体后叶素1～2。

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
益母草流浸膏		口服	2～4ml/次 1日3次		收缩子宫，但作用较麦角弱。用于产后止血及月经过多。	

其他药物

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
新斯的明	15mg/片	口服	10～20mg/次 1日3次 极量： 20mg/次 100mg/日	1mg/岁/次 1日3次	有兴奋横纹肌与平滑肌的作用。用于重症肌无力、腹气胀、尿潴留。	1.机械性肠梗阻及哮喘患者忌用。 2.口服用其溴化物，注射用其甲基硫酸盐。
	1mg/支	肌注 皮下	0.5～1mg/次	0.05～0.1mg/岁/次		

药品名称	规　格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用与用途	注意事项
氢溴酸加兰他敏	1mg/支 2.5mg/支	肌注 皮下	2.5～10mg/次	0.05～0.1mg/kg/次 1日1次 2～6周为一疗程	作用同新斯的明，但较弱。用于小儿麻痹后遗症、进行性肌营养不良、重症肌无力及多发性神经炎等。	癫痫、运动亢进、支气管哮喘、心绞痛及心动过缓者禁用。
谷氨酸钠	28.75% (20ml/支)	静滴	60～80ml/次 稀释于输液中缓缓滴入（肝昏迷）	20ml/次 稀释于输液中缓缓滴入（肝昏迷）	能降低血氨。用于肝昏迷及酸中毒。	少尿、尿闭或肾功能减退者忌用。
右旋醣酐	6% 500ml/瓶 10% 500ml/瓶	静滴	视病情而定，一般不超过1000ml/日	视病情而定	提高血浆胶体渗透压，使血容量增加及血液稀释。用于失水及失血浆性休克。	1.少数病人可能有过敏反应及肾功能失常。 2.充血性心力衰竭、严重肾功能障碍与有出血倾向者忌用。

眼 科 用 药

药品名称	规格	用途、用法及其他
氯霉素滴眼液	0.25%	用于细菌性或病毒性结膜炎、角膜炎及沙眼。1日3次滴眼。
金霉素眼膏	0.5%	用途同上。 1日3次涂搽。
四环素眼膏	0.5%	同　上
疯得宁眼药水	磺胺嘧啶 5% 磺胺噻唑 5%	用于沙眼及结膜炎等。 1日3次滴眼。
磺胺噻唑眼膏	5%	用于细菌性结膜炎、角膜炎。 1日3次涂用。
磺胺嘧啶眼膏	5%	同　上
氯化氨基汞眼膏 （白降汞眼膏）	1～2%	用于泡疹性结膜炎、角膜云翳及溃疡性睑缘炎。 1日3次，涂用。

药品名称	规格	用途、用法及其他
醋酸可的松滴眼液	0.5%	用于巩膜炎，虹膜睫状体炎及过敏性结膜炎。1日3～4次滴眼。 注意:用时摇匀。角膜溃疡及急性角膜炎忌用。
盐酸乙基吗啡滴眼液 （狄奥宁滴眼液）	1～5%	用于角膜基质炎、角膜云翳、虹膜睫状体炎及巩膜炎。 1日3次滴眼。
硫酸阿托品滴眼液	0.5% 1%	用于虹膜睫状体炎、角膜炎、巩膜炎、儿童白内障手术前及检影验光前散瞳。滴眼次数视病情而定。滴眼时用手指压迫泪囊部，避免药水滴入鼻腔而致呼吸中毒。青光眼患者或青光眼可疑者忌用。
硝酸毛果芸香碱滴眼液 （匹罗卡品滴眼液）	1～2%	用于青光眼及散瞳、验光后缩瞳。滴眼次数视病情而定。本品毒性大宜慎用。
水杨酸毒扁豆碱滴眼液 （依色林滴眼液）	0.5～1%	类似硝酸毛果芸香碱。作用较强，毒性亦大。不宜长期应用。

药品名称	规格	用途、用法及其他
硝酸银滴眼液	1%	用于细菌性结膜炎、沙眼及淋菌性结膜炎。1日1次滴眼。
硫酸锌滴眼液	0.5%	用于眦部睑缘炎、慢性结膜炎及沙眼等。1日3次滴眼。
地卡因滴眼液	0.5%	用于粘膜表面麻醉。
达可罗宁滴眼液	0.5%	用于粘膜表面麻醉。

耳鼻喉科用药

药品名称	规格	用途、用法	附注
鼻眼净	1:2000 1:1000	用于鼻塞，急、慢性鼻炎或副鼻窦炎。 1日3次滴鼻。	小儿用淡剂
盐酸麻黄碱滴鼻剂	1～2%	同　上	

药品名称	规格	用途、用法	附注
链霉素滴鼻剂	2%	用于鼻炎，亦用于中耳炎、外耳炎。 1日3次滴鼻或滴耳。	处方：链霉素2g 生理盐水加至100ml
醋酸可的松滴剂	0.5%	用于过敏性鼻炎。 1日3次滴鼻。	
酚甘油	2%	用于急性外耳道炎及外耳道疖肿。1日3次滴耳。	
硼酸酒精	4%	用于中耳炎。 1日3次滴耳。	处方：硼酸4g 80%酒精加至100ml
碳酸氢钠溶液	3～5%	软化耵聍。 1日3次滴耳。	
氯霉素甘油	1～2.5%	用于鼓膜炎和化脓性中耳炎。1日3次滴耳。	
双氧水 (过氧化氢溶液)	1～3%	氧化消毒剂，去腐、杀菌。1日数次含漱。	

外科用药

药品名称	规格	用途	用法
硼酸溶液	3%	消毒、防腐。	洗眼、漱口、洗涤创口或湿敷。
酒精(乙醇)	75%	消毒皮肤、器械。	浸泡或局部涂搽。
呋喃西林溶液	1:5000	用于消毒各种创面及化脓性病灶。	清洗创面或湿敷。
来苏儿	3～5%	消毒皮肤及器械。	浸泡。
龙胆紫	1～2%	具消毒、收敛作用。用于皮肤及粘膜感染(如脓泡疹、口内炎等)。	涂搽患处。
红汞	2%	消毒伤口及粘膜。	涂搽患处。
碘酊	2.5%	消毒皮肤。	局部涂搽。

药品名称	规格	用途	用法
生理盐水	0.9%	冲洗伤口。	局部冲洗。
石碳酸	3～5%	消毒用具。	浸泡。
高锰酸钾	1:2000～1:5000	氧化消毒剂。用于洗涤创伤，冲洗尿道及痔疮等。	浸泡，冲洗。
雷佛奴尔	0.1%	消毒、杀菌。用于皮肤粘膜感染及化脓性病灶。	清洁创面及湿敷。
新洁而灭	1:2000～1:5000	用于皮肤粘膜消毒。	局部涂搽或浸泡。
	1:1000	消毒器械。	浸泡。
软肥皂水	5～10%	清洁皮肤。	局部搽洗。

皮肤病外用药

剂型	作用	常用药物	用法
粉剂	保护、干燥、止痒、消炎。	三合粉（氧化锌、硼酸、淀粉各30克）。	局部用溶液或混悬水擦一次，待干后，再扑粉，一日多次。用于急性湿疹（无渗液）。
溶液（药物溶于水而成）	清洁、止痒、消炎、退肿。	生理盐水、2～4%硼酸水 }一般炎症用；1/2000黄连素溶液，感染时用。	清洗患处及湿敷（一日每天换2～3次，渗液多时，2～3小时换一次）。用于急性渗出性炎症，如糜烂、溃疡等。
洗剂（不溶药粉和水混合在一起）	兼有粉剂和溶液的作用。	炉甘石洗剂（炉甘石15克，氧化锌5克，甘油5毫升，加水到100毫升，止痒可加樟脑或薄荷）。	用毛笔涂搽，摇匀后即涂，一日多次。小儿面部、皮损广泛及冬天最好不用薄荷。用于急性炎症初期，如丘疹、瘙痒症。
搽剂（油、水、酒精制成）	安抚、清凉、止痒。	20%肉碱搽剂（[illegible]水20毫升，甘油10毫升，酒精10毫升，薄荷水60毫升）。	用于神经性皮炎，皮肤瘙痒症等。用法同上。

剂型	作用	常用药物	用法
酊剂（药溶解于酒精而成）	杀霉菌（治疗癣）、止痒。	复方土槿皮酊（10%土槿皮酊40毫升，苯甲酸12克，水杨酸6克，95%酒精加至100毫升），各种癣药水。	治癣时，一日擦2～3次，若有明显皮损，搽后较痛；止痒时（有皮肤破损不用，小儿及面部不用）一日搽多次。
油剂（用植物油配成）	清洁、润滑、保护。	20～40%氧化锌油，[illegible]油（炕洞或烟筒里黑榴子，研粉加麻油）。	用于急性或亚急性炎症，如婴儿湿疹。
糊剂（药加50%凡士林，50%药粉）	保护、干燥、止痒、消炎。	氧化锌糊剂（氧化锌25克，淀粉25克，凡士林50克），糠（木）馏油糊剂〔糠（木）馏油3～10克，氧化锌糊剂加至100克〕。	主要用于慢性湿疹，每日二次，涂患处。
软膏（以油脂、[illegible]加药而成）	保护、润滑、[illegible]	复方安息香酸软膏（水杨酸6克，安息香酸12克，凡士林加至100克），3%水杨酸软膏，5%白降汞软膏，可的松软膏，硫磺软膏。	每日二次，[illegible]患处。[illegible]，用于[illegible]癣、皲裂等。

附　录

(一)　常用有关衡量制

1升(L, l)＝1000毫升(ml, c.c)

1公斤(kg)＝1000克(g)

1克(g)＝1000毫克(mg)

1毫克(mg)＝1000微克(ug, mcg)

1公斤(kg)＝2市斤

1公斤(kg)＝2.2磅(lb)

(二)　正常小儿体重计算法

1. 一岁以下小儿体重：

1～6个月小儿体重(克)＝3000克(出生时体重)＋月龄×600

7～12个月小儿体重(克)＝3000克(出生时体重)＋月龄×500

2. 一岁以上小儿体重：

体重(公斤)＝2×年龄＋7

(三)　常用静脉滴注药物配伍禁忌表

1. 廿四种常用静脉滴注药物配伍禁忌表

(汪国芬等，上海市医药联合年会论文汇编，药学，1961年)

表中符号代表纵横两种药物配伍后的结果

注：〔＋〕表示溶液浑浊有禁忌

〔±〕表示某些条件下可能产生浑浊

〔－〕表示溶液澄清无禁忌

〔－○〕表示溶液澄清但有其它禁忌　❶效价减低　❷有变色可能

〔＋△〕表示有浑浊，但有克服的可能

▲四环素族如预先稀释至每0.5mg/1ml左右，再与其它注射液配伍

▲先将氯化钾注射液预先稀释后再混合

▲可将两种注射液预先分别稀释于输液中再混合

药物	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1 生理盐水																							
2 5%葡萄糖溶液	－																						
3 5%葡萄糖盐水	－	－																					
4 林格氏溶液	－	－	－																				
5 2u/mlACTH	＋	－	±	＋																			
6 0.1%～1ml 去甲肾上腺素	－	－	－	－	－																		
7 4万u/ml 青霉素(钠盐)	－	－	－	－	＋	±▲																	
8 0.25%～1ml 氯霉素	－	－	－	－	－	－	－																
9 0.8%～1ml 盐酸金霉素	－	－	－	－	－	－	＋	－															
10 1%～1ml❶金霉素溶于0.9%甘氨酸钠	－	－	－	＋	＋	－❶	－	－	－														
11 1.25%～1ml 盐酸四环素	－	－	－	－	－	－	＋	－	－	＋													
12 1.25%～1ml 盐酸土霉素	－	－	－	－	－	－	＋	－	－	＋	－												
13 12.5%～1ml 抗坏血酸	－	－	－	－	＋	－	－	－	＋▲	＋	＋▲	＋▲											
14 2.5%～1ml 氨茶碱	－	－	－	－	＋	－❶	－	－	－❶	－❶	＋▲	＋▲	－❶										
15 28.75%～1ml谷氨酸钠	－	－	－	－	＋	❶❷	－	－	＋▲	＋	＋▲	＋▲	－	－									
16 31%～1ml谷氨酸钾	－	－	－	－	＋	❶❷	－	－	＋▲	＋	＋▲	＋▲	－	－	－								
17 11.2%～1ml乳酸钠	－	－	－	－	＋	－	－	－	＋▲	＋	＋▲	＋▲	－	－	－	－							
18 10%～1ml氯化钾	－	－	－	－	＋	－	－	－	－	－❶	－	－	－	－	－	－	－						
19 10%～1ml 葡萄糖酸钙	－	－	－	－	±	－	－	－	－	＋	±▲	＋▲	－	－	－	－	－	－					
20 2%～1ml 盐酸普鲁卡因	－	－	－	－	±	－	＋	－	－	＋	－	－	－	－	－	－	－	－	－				
21 5%～1ml 度冷丁	－	－	－	－	－	－	－	－	－	＋	－	－	－	＋	＋	＋	－	－	－	－			
22 2.5%～1ml 盐酸氯丙嗪	－	－	－	－	－	－	＋	－	－	＋	－	－	－	±	＋	＋	－	＋▲	－	－	－		
23 2.5%～1ml 盐酸普鲁米近	－	－	－	－	－	－	＋	－	－	＋	－	－	－	＋	＋	＋	－	－	－	－	－	－	
24 0.3%～1ml 洛贝林	－	－	－	－	－	－	－	－	－	＋	－	－	－	＋	＋	＋	－	－	－	－	－	－	－

2. 十八种静脉滴注药物的配伍实验结果

(庞九江等，药学通报11(3)：105，1965)

药物	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. 生理盐水500ml																	
2. 林格氏液500ml	-																
3. 5%葡萄糖500ml	-	-															
4. 7-6-5-4液500ml	-	-	-														
5. 右旋糖酐500ml	-	-	-	-													
6. 2%美速克新命2ml	-	-	-	-	-												
7. 5%碳酸氢钠50ml	-	+	-	-	-	-											
8. 25%硫酸镁20ml	-	-	-	-	-	-	+										
9. 5%氯化钙葡萄糖20ml	-	-	-	-	-	-	+	+									
10. 0.5%苯巴比妥钠20ml	-	-	-	-	-	-	-	-	-								
11. 5%硫喷妥钠10ml	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+							
12. 1%乙酰普马嗪2ml	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	+						
13. 25%尼可刹米1.5ml	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
14. 1%戊四氮2ml	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-				
15. 毒毛旋花子甙G0.25mg/ml，2ml	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-			
16. 毒毛旋花子甙K0.25mg/ml，2ml	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-		
17. 西地兰0.2mg/ml，2ml	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	
18. 红霉素3%10ml	-*	-*	-	-*	-*	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-

1. 表中配合量系参照临床常用剂量制订，实验时按比例减少取用量。
2. 各药配合后于即时、一小时、三小时各观察一次，任何一次发现沉淀现象，即以“+”表示，未发现沉淀者即以“-”表示。-*系指将红霉素以注射用水制成5%贮备液再与其他药物配伍而未发现沉淀者。
3. 红霉素、硫喷妥钠、苯巴比妥钠先以注射用水溶解检查澄明度合格后，再与其他药物配伍实验。
4. 7-6-5-4液：按7:6:5:4的比例含有生理盐水、5%葡萄糖、M/6乳酸钠、1.2%氯化钾。来源于：范权：中华儿科杂志，1958，4，396。

（四） 流行性脑脊髓膜炎病人密切接触者投服磺胺药剂量

（每日总量：克）

		2岁以下	2～5	6～10	11～15	成人	用法说明
磺胺噻唑(S.T.)或磺胺二甲嘧啶($S.M_2$)	健康人	1.0	1.5	2.0	2.5	4.0	①分4次至6次口服首次量加倍连服2日 ②同服等量苏打服后多饮水 ③有肝脏疾病患者忌服
	有上感症状者	1.5	2.0	3.0	3.5	6.0	
长效磺胺(S.M.P.)		0.25		0.5		1.0	每日一次口服连服二日
磺胺嘧啶(S.D.)	只限有上感症状者使用，用量用法同S.T.或$S.M_2$						

注：实际工作时应严格掌握投药范围，一般不做大面积投药。

簡易制剂

自力更生、因陋就简创办“土药厂”，开展简易制药，有利于巩固和发展合作医疗，有利于平战结合，是在卫生战线上贯彻落实毛主席的**“备战、备荒、为人民”**的伟大战略方针的一件大事。

制药用水的预处理

井水的土法净化

制药离不开水，在农村某些地区，因水源的水质不好，如有臭味（含硫化物，具有硫化氢气味），有黄色水锈（含铁质过多）和含有其他杂质（如氯化物、钙、镁过高）等。因此，必须洁净水质，以符合制药用水的要求。

现介绍两种常用的洁净水质的土方法：

1．明矾法：明矾的主要成分是硫酸铝，加入水中搅匀后，能和水中的重碳酸盐化合成为胶性物质，能粘着许多水中不易自然沉淀的极小颗粒及大部分微生物而下沉，使水得到净化。一般每担水（约60～80斤）加明矾 3～4 钱。

2．砂滤法：见“卫生防疫”饮水的净化部分。

以离子交换树脂制取纯水

运用离子交换树脂制取纯水及注射用水，经济

简便，为农村公社卫生院制备灭菌制剂提供了有利条件；可为大队“土药厂”供应必要的注射用水。

器材：离子交换柱（可用木桶、大玻璃瓶等代替）；阳、阴离子交换树脂（一般阳树脂 2 公斤、阴树脂 3 公斤即可），工业用盐酸、氢氧化钠及 PH 试纸。

水源：井水、池塘水均可。若水源混浊，可用砂滤法进行处理，以减轻树脂交换负担，延缓树脂老化。

交换装置（图15—1）：为密闭式。利用虹吸引流法（即将盛普通水的容器，放置高于交换柱出水口的位置）使水通过交换柱从出水口流出。

交换操作：由入口进入普通水→交换柱→由出水口流出即得纯水。

离子交换树脂的处理及转型：新离子交换树脂

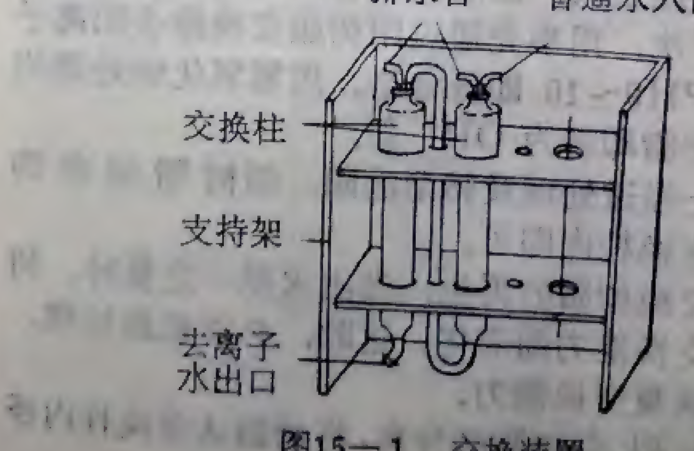


图15—1　交换装置

常有低聚可溶物及其他杂质混入或包围树脂颗粒，若处理不净，将影响交换质量。市售的阳离子交换树脂为 Na^{+} 型，须转为 H^{+} 型；阴离子交换树脂为 Cl^{-} 型，须转为 OH^{-} 型。

阳树脂：先用温水（约 40°C）浸泡，使之充分膨胀，用水洗去可溶物，至洗液无色澄明。用 7%氢氧化钠溶液搅拌浸泡半小时，弃去碱液，同法再处理两次，以水洗去碱液。再用 7%盐酸同法处理三次，用酸处理的同时阳树脂即转为 H^{+} 型，用水反复洗至 PH4～5 即算合格。

阴树脂：市售的阴离子交换树脂常带浓厚香味，虽用较大量的水洗及酸碱反复处理，尚不能完全除去。可用70%酒精加适量氯化钠浸泡24小时，以水洗至无酒精味，再按处理阳树脂的方法，先以 7% 盐酸处理三次，以水洗去酸液，再用 7% 氢氧化钠处理三次，用事先通过阳树脂交换除去阳离子的水洗至 PH9～10 即算合格。用氢氧化钠处理的同时，阴树脂即转为 OH^{-} 型。

将以上经过处理及转型的阳、阴树脂混合均匀，装入交换柱内即可。

离子交换树脂的再生：当出水至一定量时，树脂即失去交换能力而老化。这时，必须重新处理，才能使其恢复交换能力。

（1）阳、阴树脂的分离：将树脂从交换柱内移至搪瓷盆中，加水至高出树脂层，搅拌，稍停即可分层（阴树脂较轻在上，阳树脂较重在下），将阴树脂倾出。可反复进行数次，直至阳、阴树脂完全分离为止（亦可加入饱和氯化钠溶液或3%氢氧化钠溶液或在交换柱内以水逆冲等方法，使阳、阴树脂分层）。

（2）再生：阳树脂以 7 %盐酸同前法处理三次，以水洗至 PH4～5 即可。阴树脂以 7 %氢氧化钠溶液同前法处理三次，以事先经过阳树脂交换除去阳离子的水洗至 PH9～10 即可（再生处理，亦可在交换柱内进行）。

纯水的质量控制：

（1）为无色、无味、无臭的透明液体。

（2）电流检查：根据水质愈纯、电阻愈大的原理，用如下方法检查：用电池里的炭棒作为两个电极，两电极的距离为 1 厘米，连接电灯泡通电（图15－2），若水质合格，则电灯泡不亮。



图15－2　以电流检查水质示意图

（3）氯离子：取检品50毫升，加硝酸 5 滴，

加硝酸银试液1毫升，不应有混浊。

（4）钙、镁等阳离子：取检品10毫升，加铬黑T指示液2滴，呈蓝色，不应显示红色。

（5）酸硷度（PH）：取检品10毫升，加甲基红PH指示液2滴，不应显红色；另取检品10毫升，加溴麝香草酚兰PH指示液5滴，不应显示蓝色。其PH值控制在5～7之间。

附：纯水化学检查试剂配方：

甲基红PH指示液：取甲基红0.1克，加N/20氢氧化钠液7.4毫升，溶解后，用新沸过的冷蒸馏水稀释至100毫升。

溴麝香草酚兰PH指示液：取溴麝香草酚兰0.1克，加N/20氢氧化钠液3.2毫升，溶解后，加新沸过的冷蒸馏水，稀释至100毫升。

铬黑T指示液：取铬黑T0.5克，加氨—氯化铵缓冲液10毫升，溶解后，加适量酒精稀释至100毫升（氨—氯化铵缓冲液：取氯化铵2克，加浓氨试液7.2毫升，再加蒸馏水至100毫升）。

硝酸银试液：取硝酸银1.75克，加蒸馏水溶解成100毫升。

常用注射剂的制作

操作规程

1．容器及用具的处理：

（1）青霉素空瓶的去腊：将带铝盖的青霉素空瓶放入水中煮10分钟，待腊熔化后取出，用布擦净，去掉铝盖。

（2）输液瓶、去腊青霉素空瓶、漏斗、量杯、玻璃棒（或表面光滑的筷子）的洗刷：以温热碱水（每1000毫升水加碱4钱）仔细刷洗容器内外至洗净，用普通水冲洗三遍，再用纯水冲洗三遍后备用。

（3）胶塞、胶管的处理：先以毛刷仔细刷洗胶塞、管内外一遍，再以2％重曹水或碱水浸泡半小时，用纯水煮15分钟，然后以普通水洗净，再以纯水清洗三遍后备用。

（4）垂熔漏斗或滤球的处理：每次用完后用水洗去药液，以洗液浸泡。用前以纯水充分洗去洗液，即可应用。

（5）输液瓶口用的玻璃纸的处理：用纯水洗净，再煮沸15分钟，以纯水漂洗二次后备用。

附：洗液配方：重铬酸钾3克，工业硫酸100毫升，研磨，溶解。

2．药液的配制及过滤：

（1）准备好经过处理的输液瓶、漏斗、玻璃棒、胶塞等，临用前以新鲜纯水冲洗二遍。

（2）根据制作药液的量和浓度，称取需要量的药品原料（如注射用葡萄糖、注射用氯化钠等）放入搪瓷桶或盆中，加入纯水，以玻璃棒搅拌使溶。经

垂熔漏斗或滤球（亦可用普通漏斗内衬滤纸或脱脂棉，并用纯水将滤纸或脱脂棉湿润）过滤，立即灌注入输液瓶或青霉素空瓶内，在瓶口置一小片玻璃纸，塞好胶塞，外包两层纱布（或玻璃纸）并紧缚瓶口。

注意事项：在整个药液的配制、过滤的过程中，严防灰尘污物污染药液。药液必须滤至完全澄清透明。

3．药液灭菌：

必须做到严密认真，一般从药液制作至灭菌，最好在4小时内完成。

方法：用大笼屉蒸气灭菌（如果少量制作也可放在普通锅内蒸）。将输液瓶置在笼屉内，大锅加水，烧火，笼屉盖必须严密，可用布等裹紧笼屉周围（尽量减少漏气）自水沸开始计时，蒸40～60分钟，停止烧火，静置半至一小时再打开笼屉盖，取出输液瓶。

4．药液检查：

药液经灭菌后，用布擦净瓶身，在日光下轻轻摇荡检查，药液内不应有毛、点等物，若有需重新过滤，灭菌检查合格后方可应用（但反复次数不得太多）。

经检查合格的药液，贴上标签备用。

制剂

〔生理盐水注射液（0.9%）〕

处方：氯化钠（注射用）4.5克
　　　新制纯水加至500毫升

制法：取氯化钠4.5克，加入纯水中搅拌溶解，再加纯水至足量，搅匀，过滤，注入输液瓶中，封口灭菌。

用途：供静脉注射、点滴和稀释、溶解药品用。

〔葡萄糖注射液〕

处方：

成份＼规格	5%	10%
葡萄糖粉（注射用）	25克	50克
新鲜纯水加至	500毫升	500毫升

制法：取糖粉加适量纯水搅拌溶解后再加纯水至足量，过滤，分装，立即灭菌。

用途：供静脉注射、点滴用。

〔复方氯化钠注射液（林格氏注射液）〕

处方：氯化钠（注射用）4.3克
　　　氯化钾（注射用）0.15克
　　　氯化钙（注射用）0.165克
　　　纯水（新鲜）加至500毫升

制法：取氯化钠、氯化钾、氯化钙置容器中，加适量纯水搅拌溶解后加纯水至足量，反复滤至溶液澄明，分装，灭菌。

用途：静脉点滴用。

〔盐酸普鲁卡因注射液〕

处方：

成份 \ 规格	0.25%	0.5%	1%	2%
注射用盐酸普鲁卡因	0.25克	0.5克	1克	2克
注射用氯化钠	0.85克	0.8克	0.7克	0.5克
纯水加至	100毫升	100毫升	100毫升	100毫升

制法：取盐酸普鲁卡因、氯化钠，加新鲜钝水搅拌溶解后再加纯水至足量，搅匀，过滤，分装，灭菌。

用途：局部麻醉药。

〔元胡注射液〕

处方：元胡粉　　　　50克

　　　纯水加至　　　100毫升

制法：取元胡粉，加10倍量纯水，同时加醋精约0.5～1毫升（调PH4～5）。于搅拌下温浸40分钟，放置待分层，倾取上清液。残渣再加6倍量水同法再处理2～3次，至上清液不太苦为止。合并所有上清液，过滤，水浴浓缩至50毫升以下（但不得使药液粘稠），加两倍量95%酒精，搅拌，静置3～5小时。过滤，滤液水浴加热蒸发至无酒精味，放冷（亦可回收酒精）。再同法处理1～2次（取少量

药液加酒精无沉淀产生即可），加纯水至100毫升。过滤，灌注入处理好的青霉素空瓶内，封口灭菌。

用途：胃肠痛、胆道蛔虫症、痛经等。肌肉注射，每次2毫升。

〔当归注射液〕

处方：当归　　　　25克

　　　纯水加至　　100毫升

制法：取当归片，用水洗净，加10倍量纯水，文火煎煮30～40分钟，过滤。残渣加6倍量水同法再处理1～2次。收集所有滤液，浓缩至25毫升。加两倍量95%酒精，搅拌，静置12小时，倾取上清液过滤，滤液挥散掉酒精后加水至100毫升。过滤，分装，灭菌。

用途：可供经络疗法穴位注射用，每穴0.3～0.5毫升。

注：川芎、红花、防风等注射液制法与当归同。

〔地龙注射液〕

处方：地龙　　　　30克

　　　纯水加至　　100毫升

制法：干蚯蚓经挑选洗净，加水适量，水浴浸煮，提取五次，浓缩提取液，加两倍量酒精(95%)沉淀，滤液水浴加热蒸去酒精，放冷。再以酒精同法处理数次，至加入酒精无沉淀为止。除尽酒精，

加注射用水至足量，过滤，分装，灭菌。

用途：哮喘、关节炎等。肌肉注射，每次2毫升。

常用口服及外用制剂的制作

〔氢氧化铝凝胶〕

处方：明矾　4000克

水碱　3600克

苯甲酸钠　75克

糖精钠　6克

开水加至　15000毫升

制法：取明矾4000克，加热水4000毫升溶解。另取水碱3600克溶解于20000毫升水中。两液分别用布袋过滤。将矾液徐徐加入碱液中，不断搅拌，使二氧化碳逸出，混合完毕再充分搅拌（PH值应在7.0～8.5之间）。以布滤取沉淀，弃滤液。以水反复洗涤沉淀，使硫酸根含量合格为止。待水滤出后，加苯甲酸钠（先以少量酒精溶解），糖精钠，再加开水至足量，搅匀，以纱布过滤分装即可。

用途：用于胃、十二指肠溃疡及胃酸过多。口服一次5～10毫升，一日三次。

备注：检验硫酸根可用5%氯化钡试液2～3滴，加入5毫升滤液中，若仅呈轻微混浊即为合格。氯化钡有毒，切勿混入凝胶中。

本品遇高热、冷冻、电解质或脱水剂等均能使胶体破坏。所以保存应密闭，避免冻结。最后加水量应以每100毫升中，含三氧化二铝3.6～4.4克为准计算。

〔大蒜酊〕

处方：大蒜（去皮）　40克

白酒加至　100毫升

制法：称取去皮大蒜捣碎，静置30分钟后再加白酒，密闭浸泡七日，过滤备用。

用途：治疗肠炎、痢疾等。成人每次5毫升，一日三次口服。小儿不宜应用。

备注：

（1）制作时避免使用铁器，否则颜色变黑。

（2）最好选用新鲜独头紫皮蒜。

（3）捣碎后放置30分钟，使大蒜的有效成份充分游离出来发生作用。

〔大蒜点鼻剂〕

处方：大蒜　10克

精制食盐　0.9克

纯水加至　100毫升

制作：先将大蒜去皮捣碎，用两层纱布拧出浓蒜汁，然后加入食盐和水，使全量成100毫升，装入滴眼瓶中备用。

用途：点鼻，预防流脑、流感。

备注：

（1）制作过程中应避免铁器，否则蒜液变绿色。

（2）本品不易保存，所以不宜一次多做。最好临用前配制，保持新鲜，药效亦强。

〔黄连点耳液〕

处方：黄连　　10克

甘油　　40克

硼酸　　2克

纯水加至　　100毫升

使用器具：搪瓷碗、小漏斗各一个，脱脂棉少许，100毫升量杯一个（或用输液瓶等代替）。

制作：取黄连加水约70毫升，浸泡五分钟，加热煮沸。冷却后，再煮沸，趁热过滤。于滤液中加硼酸的细末，再加入甘油，加水使成100毫升，搅拌均匀，分装入瓶中，放置暗处保存备用。

用途：化脓性中耳炎。

备注：中药黄连中含有小檗碱等生物碱，易溶于热水中，制作时需加水煮沸，以提取其有效成份。硼酸、甘油具有防腐杀菌作用，且有稳定小檗碱的作用。

〔松香酒精〕

处方：松香　　20克

酒精(95%)加至100毫升

制法：取松香研细，加酒精至100毫升即得。

用途：局部涂搽，预防稻田性皮炎。

〔碘酊〕

用药 ╲ 用量 ╲ 处方	3%碘　酊	2%碘　酊
碘	30克	20克
碘化钾	12克	8克
酒精(50%)	加至1000毫升	1000毫升

制法：先取少量水将碘化钾溶解，然后加入碘不断搅拌，使碘溶解为止，最后加酒精至全量。

用途：2%一般外用皮肤消毒杀菌剂；3%作为手术用消毒杀菌剂。

备注：本品保存应置褐色瓶中密闭、避光。

〔红汞溶液〕

处方：红汞　　2克

纯水加至　　100毫升

制法：取纯水约80毫升置适当容器中，然后分次缓慢撒入红汞，待红汞完全溶解，再加水至全量搅拌即得。

用途：皮肤粘膜消毒杀菌剂。

备注：将红汞先以适量甘油（5毫升）浸泡，

使红汞湿润后再加水能加速溶解。

〔龙胆紫溶液〕

处方：龙胆紫　　　　　　2克

　　　酒精(95%)　　　　适量

　　　纯水加至　　　　100毫升

制法：先将龙胆紫逐渐加入5毫升酒精(95%)中，随加随搅拌，至完全溶解后再加水至全量。

用途：消毒，防腐。用于脓疱疮、皮破化脓，疮面糜烂等可外用涂拭，小儿口内生疮亦可涂搽。

〔1：5000 灭菌呋喃西林溶液〕

处方：呋喃西林（纯粉）　　0.1克

　　　精制食盐　　　　　　4.5克

　　　纯水加至　　　　　500毫升

制法：

（1）取呋喃西林粉，精制食盐，加纯水至500毫升，加热溶解，过滤，灌注入500毫升输液瓶中。

（2）用两层玻璃纸包好瓶口。

（3）置于锅中加水煮沸灭菌30分钟（从水开计起）。

用途：含漱、创面冲洗、洗眼、湿敷、热敷、外科换药，为常用的杀菌消毒药。

备注：

（1）若无呋喃西林纯粉可用口服的呋喃西林片代替。

（2）呋喃西林在水中不易溶解，1/5000的浓度溶解亦慢，因此加热煮沸不仅能灭菌，亦促其溶解。

（3）配制时加入0.9%食盐，目的是助溶和调节等渗。

（4）若无纯水，可将一般用水加热煮沸、净化（每两斤水约加明矾1克），净水沉淀过滤后即可使用。

〔外用盐水〕

处方：精制食盐　　　　　4.5克

　　　纯水加至　　　　500毫升

制法：取盐加适量水，搅拌溶解，加水至全量，过滤，分装于大型输液瓶内，灭菌即得。

用途：术中冲洗，外用换药。

〔食盐精制法〕

处方：土盐（一般大粒盐）约1～2斤

　　　开水　　　　　　　约2～3斤

制法：用开水溶解土盐不断搅拌成为饱和溶液，用漏斗脱脂棉过滤。将滤液放在干净的锅中，加热蒸发成为干燥的白色结晶的精制盐，置瓶中密闭，保存备用。

〔卤碱制剂〕见“新医疗法”。

十六、常用诊疗技术操作

人 工 呼 吸

1．适应症：

（1） 患者的呼吸已停止而心脏仍在跳动，或心跳刚停止者，均应施行人工呼吸。

（2） 凡中毒、电击、溺水、勒死、休克或呼吸肌麻痹等情况的急救，均可应用人工呼吸。

2．人工呼吸的方法：

（1） 口对口吹气法：病人仰卧，托起病人下颌，张开口，盖上手帕或数层纱布，捏住病人鼻孔，急救者自己先做深吸气，然后对准病人口用力吹气（图16—1），病人胸部扩张起来后，停止吹气，



图16—1 口对口吹气法

并放松鼻孔，使其胸部自然缩回去。如此反复进行，每分钟15～20次，直到病人呼吸恢复为止。

此法是借健康人呼吸道及肺内的气体量，吹入病人肺内，病人借肺的弹性自行呼气，为人工呼吸效果最好的一种。但有时可有大量气体同时进入胃内，所以吹气时应在上腹部加压。用于婴儿时，节律要相对增加，每分钟30～40次。此法适用于各种呼吸停止、肋骨骨折或伴有心跳停止的病人。

（2） 仰卧压胸法：病人仰卧，背部垫一枕头或衣服，急救者面对病人，两腿分开，跪骑在病人大腿两侧，两手压患者下胸部及两侧肋弓处（图16—2），使气体由肺脏排除，然后，急救者放开两手，身体后仰，除去压力，病人胸部依其弹性自然扩张，空气进入肺内，这样反复进行，每分钟16～20次。



图16—2 仰卧压胸法

此法适用于一般窒息病人，而不适用于胸部外伤者或同时需作心脏按摩者。

（3） 俯卧压背法：病人俯卧，头偏向一侧，一侧臂垫于头下（溺水者可于臀部垫高10～15厘米），以保证呼吸道通畅。腹部用枕头垫高。急救者

跪伏在病人大腿两侧，面向病人头部，两臂伸直，两手掌平放于病人背部两下胸（图16—3）用力按压两背下部，使气体由肺脏排出，然后，两手放松，身体后仰，除去压力，使胸部自然扩张，空气进入肺内，如此反复进行，每分钟16～20次。



图16—3　俯卧压背法

此法对溺水及触电者较适宜，可使水向外流出，舌也不致阻塞咽喉，但此法影响心脏按摩的进行。

3．注意事项：

（1）　将患者安放在空气流通的地方，松开衣服，但须注意避免受凉。

（2）　用纱布或手清除患者口中的痰液、血块、泥土和假牙等。

（3）　必要时将舌拉出，以免舌后缩而阻塞呼吸道。患者头偏一侧，以利口内分泌物外流。

（4）　施行人工呼吸须连续进行，不可中断。

（5）　绝不可使患者坐起。

（6）　当施行人工呼吸时，可肌肉或皮下注射兴奋剂，如25％可拉明1～2毫升，或苯甲酸钠咖

啡因0.5克等。

（7）　患者有极微弱的自然呼吸时，人工呼吸应和患者的自然呼吸节律相一致，不可相反。

（8）　病人呼吸恢复正常后，才可停止人工呼吸；但应仔细观察呼吸是否再停止，如呼吸再度停止，则应再施行人工呼吸。

（9）　只有确实证明患者已经死亡，才可放弃人工呼吸。

心 脏 按 摩

心脏骤停的原因很多，常见于严重心脏病、窒息、麻醉意外、药物（如青霉素）过敏性休克、触电等。

体外心脏按摩：

立即将病人仰卧于平地，炕上或硬木板上，头部稍低，急救者跪骑在病人大腿两侧，将一手掌根部放在病人胸骨下段、剑突以上、稍偏左，另一手掌根部重叠于该手手背上，以冲击动作将胸骨向下压迫（图16－4）使其下陷3～4厘米后立即解除压力，让胸部自行弹起，如此有节奏地压挤，每分钟60～80次，如系小儿，一般可用单手按压法，即一只手掌根部放于胸骨中部，进行冲击压迫，在一岁以内的小儿可用双指（食指及中指）加压法。急救如

有效果，病人脸色转红，已散大的瞳孔缩小，可触到颈动脉搏动，自发性呼吸恢复。心脏按摩可与人工呼吸同时进行，一般人工呼吸与心脏按摩次数的比例为1:4。



图16—4 心脏按摩法

在进行心脏按摩的同时，尚需配合心腔内急救药物的注射，如选用肾上腺素、异丙基肾上腺素、阿托品、乳酸钠及中枢兴奋剂等。

血压测量法

测量血压可以了解病人的心脏、血管功能情况。一般测肱动脉的血压比较方便。病人若不是危重情况可让病人休息10分钟后再测。让病人脱掉衣袖，取坐位或卧位均可，但应使水银柱的零点、肱

动脉和心脏在一水平面上，将血压计袖带内的气体驱尽，平整无皱的缠在上臂的中部，松紧适宜，袖带下缘距肘窝 2～3 厘米。将袖带的皮管连接在血压计的皮管上，带上听诊器，在肘窝摸到肱动脉的跳动后，将听诊器头放在上面，握住气球，关闭气门打气，一般到汞柱升至 160 毫米（高血压者应升至 200 毫米）左右，再慢慢放开气门，让汞柱缓缓下降。注意汞柱旁的刻度和肱动脉的搏动声，当听到第一声搏动时，汞柱所指的刻度，即为收缩压。随着汞柱的下降，搏动声逐渐增大，至搏动声突然变弱时，汞柱所指的刻度即为舒张压。正常人的肱动脉血压：收缩压为 90～130 毫米汞柱，舒张压为 60～85毫米汞柱。其表示方法为：90～130/60～85 毫米汞柱。高于或低于正常值，应考虑是病态。危重病人应连续观察血压的变化，以判断病情有无好转。

注射技术

注射的一般知识

1. 注射用品：注射器和针头，75% 酒精棉球，2%碘酒棉球，消毒镊子，消毒锅或针盒，橡皮带，以上物品可酌情选用。

2．吸药方法：以酒精棉球消毒安瓶颈部，锯掉安瓶头，进行吸药。如果是从橡皮密封的小瓶内吸药，应先把铝盖中央剪出圆孔后再将瓶盖消毒，往针筒内抽些空气，再将针头从瓶盖中央垂直刺入小瓶内，先将空气打入，然后吸药（图16—5）。

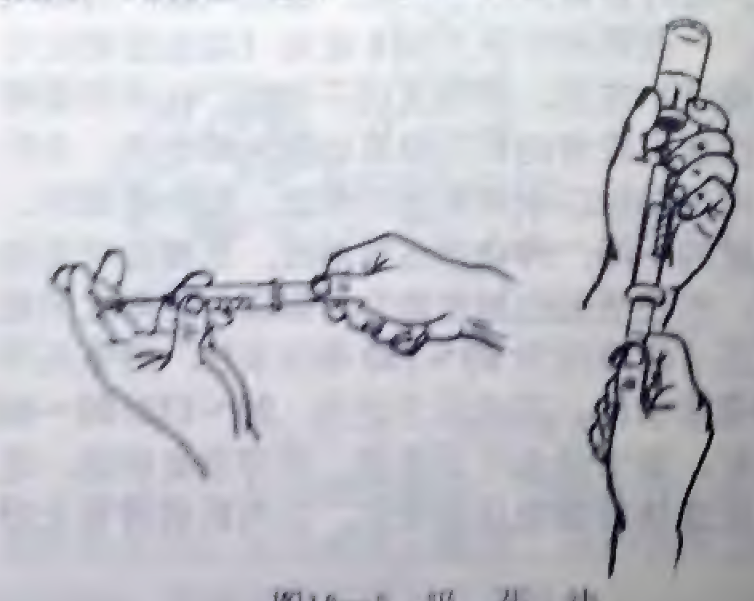


图16—5 吸 药 法

3．注射操作的注意事项。

（1） 选择合适的注射器，严格遵守无菌操作。

（2） 注射前，应仔细检查药液，如有变质、沉淀，则不予注射；注意核对药名、剂量及病人姓名，以免发生差错。

（3） 排尽注射器内空气，以防空气进入血管形成空气栓塞。

（4） 进针后在注射药液前，应抽动活塞，注意有无回血。静脉注射必须有回血后，方可注入药液。皮下或肌肉注射时，如发现回血，应拔出重新进针，不可将药液注入血管内。

（5） 一般进针与拔针速度越快，疼痛越轻，容易达到无痛。进针深度应避免将针全部刺入。药液的刺激性越强，则推药的速度应越慢。

皮 内 注 射

注射部位：皮肤过敏试验在前臂掌侧中部，预防接种在上臂三角肌部位。

注射方法：先用注射器吸药后，再用酒精棉球消毒皮肤，待干后左手绷紧皮肤，右手持注射器，将针平放在皮肤上，使针尖斜面向上，与皮肤呈15～30°角刺入皮内（图16—6），至针尖斜面全部进入皮内时，推动活塞，将规定药量注入皮内，药液注入层，局部可见圆形隆起，皮色变白，拔出针尖切勿按压。

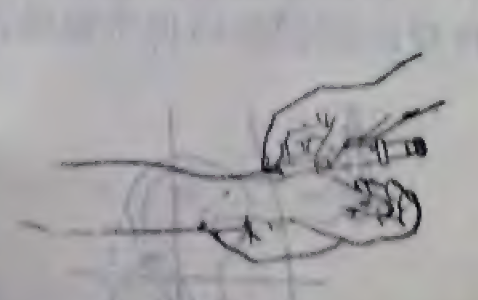


图16—6 皮内注射法

皮下注射

注射部位：通常在左臂三角肌后下方。

注射方法：吸取药液后，用酒精棉球消毒皮肤，待干后左手绷紧或捏起注射部位皮肤，右手持针与皮肤呈45°角，迅速刺入皮下(图16—7)，然后左手放松皮肤，微抽动活塞，如无回血（表示针头未误入血管），即可将药液缓缓注入。注射完后迅速拔针，轻轻按摩注射部位以促进吸收。

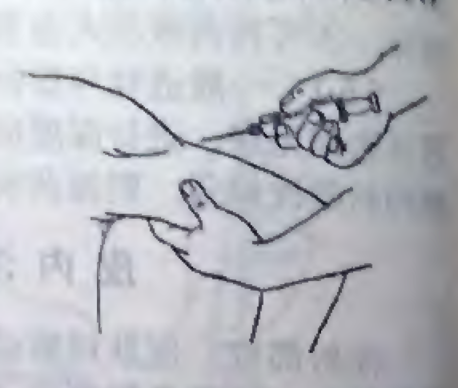


图16—7　皮下注射法

肌肉注射

注射部位：通常选在臀部肌肉外上方四分之一处，因此处没有重要的血管和神经（图16—8），也可在上臂三角肌处。如病人需长期注射，两个部位可交替用。

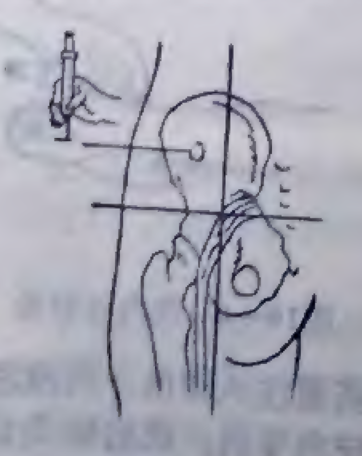


图16—8　臀部肌肉注射部位

注射方法：吸药后，

局部皮肤常规消毒，左手将皮肤向一侧牵拉，右手持针垂直迅速刺入，然后左手放松皮肤，抽动活塞若无回血，即可将药液缓缓注入。注射完后迅速拔针，轻按注射部位。

静脉注射

注射部位：通常选用肘窝部、腕部、踝部、手（足）背部等浅表静脉，小儿常用头皮静脉。

注射方法：吸药后，排尽空气（空气不得注入静脉）。用碘酒、酒精消毒皮肤，在穿刺处上方扎紧止血带，并嘱病人握拳数次，使静脉充盈变粗。以左手拇指压住静脉的下端，使其固定，右手持注射器，针头斜面向上由静脉上方或侧方刺入，若有回血，证明针头已刺入静脉，这时应很好注意固定注射器，左手将止血带松开，再试回血后才可将药液缓缓注入。注射完后，拔出针头，以无菌棉球按压穿刺处片刻，并立即以清水冲洗注射器及针头，以免血块阻塞针头等。

静脉输液

将大量无菌溶液注入静脉内。

1. 适应症：

（1）不能进食进水或腹泻脱水时。

（2）大出血病人暂时增加循环血量，升高血

压。

（3） 中毒病人输液，可稀释毒素并促进体内毒物排泄。

（4） 高热病人输液，可补给水份、盐类及热量。

（5） 需要静脉滴注给药进行治疗。

2．禁忌症：

（1） 严重心肌疾患、心力衰竭和严重高血压患者。

（2） 严重肾机能不全有浮肿的患者，应尽量避免输液，特别控制盐类的输入。

（3） 急性肺水肿、肺充血患者。

3．注射部位与静脉注射法同。

4．常用溶液：等张盐水、林格氏液、5～10%葡萄糖、5%葡萄糖盐水、卤碱注射液等。

5．方法：

（1） 用具：带有滴注球及玻璃接头的输液橡胶管、排气橡胶管、静脉穿刺针头、螺旋夹、纱布、胶布条等。

（2） 密闭瓶法：取装有500毫升注射液的原瓶，套上滴瓶套，用酒精消毒橡皮塞后，插上二个粗针头。一个针头连接进气橡胶管，一个针头接连带有滴注球的橡胶管，下接玻璃接头及静脉注射针头。然后吊起药瓶，排净输液管内的空气，用螺旋夹夹住。把穿刺部位的血管以碘酒、酒精消毒，穿刺方法同静脉注射法操作。胶布固定玻璃接头和针头，用螺旋夹调正输液速度（速度根据病人情况而定），一般每分钟45～60滴（每小时180～240毫升）。凡脱水及血压低的人，可增至100滴（每小时400毫升）。随时注意有无肿胀、疼痛，针头有无脱出，瓶内的液量勿使流空。发现病人有寒战、发烧或其他反应时，应减慢输液速度，必要时停止输液（图16—9）。



图16—9 静脉输液法

（3） 输液反应处理：发生虚脱休克的，可用1∶1000肾上腺素0.5～1.0毫升肌肉注射。有高热寒战的，用苯海拉明注射液25～50毫克，肌肉注射。

鼻 饲 法

凡无法经由口腔纳入营养、水分和药物的病人（如昏迷病人），可用鼻饲法。

方法：

1．先消毒鼻饲管（小口径的胃管）；准备灌入的流质食物，使其温度约在38℃左右。

2．病人取坐位或卧位，头部稍向后仰，胸前铺一张防水布，以免污染衣被。

3．将鼻饲管前段涂以润滑油或水，拭净鼻孔后由鼻孔慢慢插入。若病人处在清醒状态，可使其做咽下动作，同时把胃管慢慢向前推送。若为昏迷病人，则可直接将管插入食道或胃内。插时应注意病人有无发绀、呛咳和呼吸困难等现象，若有则表示插入了气管，应迅速拔出重插。

4．鼻饲管是否插入食管或已进入胃内，必须用下列两法作进一步的证明：

（1） 将鼻饲管的外口浸入盛水的杯中，若有气泡跑出，且和呼吸一致，则表示鼻饲管在气管内。

（2） 用20毫升注射器抽吸一下，若在胃内，则可抽出胃内容物；但误入气管内也可抽出气管内分泌物，有时容易混淆而致差错，因此，最好向鼻饲管内注入空气数次，同时用听诊器（或用耳贴近胃部直接听取）在上腹中部听到气过水声或空气通过窄腔后的吹风声，即表示鼻饲管在胃内。若注气时听不到这种声音，则可能在气管内。不能盲目注入液体，以免引起咽下肺炎。

5．将漏斗或50毫升注射器外筒连接鼻饲管外

口，先注入少量温开水，若无呛咳，再缓缓注入流质食物（通常为温热的豆浆、牛奶、米汤等）或药物。灌完后，应用温开水冲洗鼻饲管。如输入液量多，则可用悬瓶方式持续滴入，但应注意保持导管通畅。

6．鼻饲管插入时和放入后，应防止外界空气大量进入胃内，以免引起胃内不适或呕吐。因此在灌注过程中，应连续倒入液体，不要使漏斗或注射器外筒空虚。

7．鼻饲完毕后，随即用手指捏紧鼻饲管外口，慢慢将其抽出。如需连续喂食，可不抽出鼻饲管，而用胶布条把鼻饲管固定在病人面部的皮肤上，将其外端用纱布包裹并用棉绳系紧或用止血钳夹紧，以免空气进入或胃内容物外流。

8．鼻饲管一般在24～48小时内拔出。需要时，次晨可自另一鼻孔插入。

洗 胃 法

1．适应症：

（1） 主要用于服毒病人的急救，可以清除胃内毒物或刺激物，减轻或避免吸收中毒。

（2） 幽门梗阻者可用洗胃法，清除胃内腐败液体，减轻病人痛苦，但须用小口径胃管，且注入

液量宜少，压力应低。

2. 禁忌症：

（1） 最近有上消化道出血或胃穿孔病史。

（2） 有食管静脉曲张可疑的。

（3） 有严重的心脏病或主动脉瘤的。

（4） 吞服腐蚀性毒物(如硫酸、卤水等)的。

3. 方法：

（1） 病人坐在椅子上将围巾围在胸前。虚弱或神志不清者则仰卧，头转向一侧且放低些（图16—10）。

（2） 将洗胃管涂以润滑油，由口腔插入，让病人吞咽，操作者将管轻轻推送，直至深达40～50厘米。应



图16—10 洗胃法

注意防止管子插入气管内（方法见鼻饲法）。

（3） 先将胃内容物尽量抽出，然后，根据漏斗容量大小，陆续将洗液（通常用1/2,000～1/5,000的高锰酸钾液或生理盐水）倒入漏斗内。倒入灌洗液时应使漏斗高于头部，便于洗液进入胃内。待溶液完全流入胃后再放低，且使漏斗口向下，此时胃内液体即可流出。如此反复进行，直至流出液和灌洗液颜色相同或已明显清彻时为止。

（4） 将洗胃管抽出，帮助病人漱口、洗脸，让病人休息。或进行其他抢救措施。

4. 注意事项：

（1） 有活动的假牙者应先取下。

（2） 必须先肯定洗胃管确在胃内，然后再开始注入灌洗液（方法详见鼻饲法）。

（3） 根据情况需要，可把第一次取出的胃内容物留下，以备作化验检查。

〔**附注**〕

1. 如没有上述设备，可用胃管代替洗胃管。

2. 如无洗胃设备，则必要时可给病人喝二、三碗温盐水或1:5000的高锰酸钾溶液，然后用羽毛、棉花签或手指、竹筷刺激舌根和咽部粘膜引起呕吐。这样也可达到除去胃内毒物或刺激物的目的。

灌 肠 法

将某类溶液或药液用肛管或灌肠器（图16－11），灌入直肠和结肠，以达到诊断和治疗的目的叫做灌肠。根据治疗目的不同，又分为不保留灌肠和保留灌肠两种（本节只讲不保留灌肠）。



图16—11　灌肠器具

1．目的：

刺激肠蠕动，使粪便易于排出，或驱除结肠内积气，以减轻腹胀。所用液体的种类和液量，根据病情的需要，选用下列一种：

（1）　肥皂水：温开水500毫升中溶入肥皂10～30克（如无天平称量，可在开水中加入肥皂至呈乳白色为止）。

（2）　清水：温开水1000毫升。

（3）　等张盐水：普通食盐9克溶入1000毫升温开水中。此种溶液刺激性较小，适用于有肠道疾病者。

（4）　松节油：将松节油8毫升加入1000毫升肥皂水中搅匀。

（5）　小儿灌肠的液量一岁以下用50～100毫升，1～3岁用100～300毫升，3岁以上用300～500毫升。

2．方法：

（1）　取灌肠筒，接橡胶管（上附开关夹），玻璃接管和橡胶肛管，扭紧开关夹，将所用液体倒入灌肠筒。

（2）　病人取左侧卧位，双膝屈曲，或仰卧位双膝屈曲。臀部垫油布，脱去下衣。

（3）　将润滑油涂在肛管头上，然后扭松开关夹，放出管内冷溶液和排除管内空气，并用手试灌肠管内溶液温度，如感觉稍温，即可捏紧肛管而轻缓地插入肛门内6～10厘米，此时一手固定肛管，另一手举起灌肠筒，筒底约离床45厘米高（高则压力大、低则压力小），使溶液缓缓流入肠内。若病人感觉有腹胀，可暂时停止灌入；若溶液流入受阻，可挤压或移动肛管；若仍不通，则可抽出洗通后再插入肛门内，继续灌液。

（4）　溶液流完后夹紧橡胶管，迅速抽出肛管，用便纸抵压肛门，帮助病人保留溶液5～10分钟。

（5）　然后病人转仰卧位，给以便盆排便，能走动的可到厕所排便。

导 尿 术

1．目的：

（1） 取无菌尿标本作检验或细菌培养用。

（2） 产科手术前排空膀胱。

（3） 尿潴留经其他方法治疗无效时。

2．方法：

（1） 病人仰卧，垫治疗巾和油布。

（2） 以钳子夹棉球用0.1%新洁尔灭液，自上而下自内而外擦洗尿道口和外阴部。若为男病人，则应翻转包皮擦洗。

（3） 洗完后，嘱病人两腿勿动，然后以尿道口为中心，用2%红汞棉球，自内而外地涂擦尿道口和外阴部。

（4） 操作者戴消毒手套，或用无菌纱布包裹左手的拇食二指。

（5） 用消毒敷布盖在阴部周围，或盖一洞巾。男病人则用消毒巾裹住阴茎，并露出龟头。

（6） 将导尿管放入消毒弯盘中，左手持导尿管中段，右手用钳子夹一干棉球，蘸无菌甘油或其他滑润油涂于消毒导尿管的前端，导尿管的后端仍置于弯盆中。若为女病人则用左手拇食二指分开小阴唇，右手以钳子夹住导尿管前端轻轻插入尿道内约6～10厘米。若为男病人，则用左手的无名指（第四指）和中指夹住阴茎，并用拇指和食指夹住冠状沟处，向上提起，然后右手将导尿管缓缓插入尿道内约15～20厘米。导出尿液后，引流于弯盆中。

（7） 若需留无菌尿作标本时，则应让尿先流出一些，然后再用无菌试管盛尿约10毫升。

（8） 导尿完毕，将导尿管慢慢抽出。

3．注意事项：

（1） 严格消毒。

（2） 导尿管插入时必须轻缓，以免损伤尿道粘膜，导尿管插的不可过深，以免触近膀胱壁，尿液反不易排出。

（3） 膀胱高度膨胀时，排尿速度应缓慢，且不宜一次排空，以防腹压突然降低，发生虚脱。

氧气吸入法

1．目的：

治疗由于呼吸循环系统功能障碍所造成的缺氧：如肺内感染、肺水肿、充血性心力衰竭、休克、药物中毒、胸部创伤等引起的缺氧症。

2．操作：

用物：氧气筒、流量表、搬钳、无菌橡胶导管及玻璃接管、胶布、玻璃瓶内装三分之二清水。

④ 接好橡胶管，上好氧气表。闭紧流量开关，打开总开关后，慢慢扭开流量表开关，试导管通畅后闭紧，清洁鼻腔，滑润导管，插入深度应比鼻翼至耳垂的距离短一厘米左右，胶布固定。调好流量，成人每分钟4～6升，小儿每分钟2～4升。

3．注意：

氧气筒周围禁烟火、油剂等，螺旋口处禁油擦。用氧扭动开关勿用力过猛，方向要正确，打开总开关前应关闭流量开关。

保持给氧导管通畅，流量适当。

筒内氧气不要用尽（不少于5升），以防杂质侵入燃烧发生爆炸事故。

〔附〕 氧气袋给氧法

用氧气袋从氧气筒里事先灌好氧气，用时将氧气袋管接上水瓶（滤过水瓶），然后再接上导尿管，检查通畅后，插入病人的鼻腔内，若袋内压力不足，可压迫氧气袋。视病情需要间断给氧，直至病人缺氧缓解后为止。

胸膜腔穿刺术

1．适应症：

（1） 需抽出胸腔积液作诊断。

（2） 解除由积液产生的压迫症状，若积液已达第三肋骨水平面，虽无压迫症状仍适宜穿刺。

（3） 积液过久不易吸收者。

（4） 由于积液产生高热和中毒症状明显者。

（5） 需向胸膜腔内注入药物者。

2．操作：

（1） 患者体位：

① 下背部穿刺时，患者取坐位。两臂扶于桌上或床边，亦可反坐在靠背椅上，面朝椅背，双手平放于椅背上缘，头伏于前臂上（图16—12）。

② 侧胸穿刺适用于不能坐起者。患者取半卧位，病侧上肢上举，手置于头的下面（图16—12）。



图16—12 胸膜腔穿刺时的病人姿势

（2） 穿刺部位：

须在实音水平面以下，故应先用叩诊法确定实音水平面。常用部位为背部肩胛线上第七或第八肋间（即相当于肩胛角下的肋间）。腋中线第五或第六肋间，适用于侧胸穿刺。

（3） 穿刺者用肥皂和清水洗刷双手后，用75%酒精消毒，戴无菌手套。在无手套情况下，可用2%碘酒和75%酒精先后消毒双手亦可。

（4） 局部皮肤用2%碘酒和75%酒精消毒后，盖无菌孔巾，并在穿刺点的肋间用1%普鲁卡因适量作浸润麻醉，深达胸膜。

（5） 先用注射器检查连有橡胶管的穿刺针（18号针头三通穿刺针）是否通畅，然后用止血钳夹闭橡胶管，使其不漏气。

（6） 此时将穿刺针沿穿刺点下方的肋骨上缘慢慢刺入，到术者觉针尖的抵抗感突然消失，则表示已进入胸膜腔。

（7） 然后用50～100毫升注射器连接到橡胶管上，打开止血钳进行抽液，每次注射器抽满后，先用止血钳夹闭橡胶管，然后再将注射器取下，防止空气进入胸膜腔。

（8） 抽液完毕后，拔出穿刺针，柔压穿刺孔，使其闭合，然后盖无菌纱布，用胶布固定。

3．注意事项：

（1） 精神紧张者，在穿刺前30分钟～1小时服苯巴比妥和可待因各0.03克。

（2） 每次抽液最好不超过500毫升。诊断性抽液50～100毫升即可。

（3） 穿刺针必须自穿刺点肋间的靠近下一肋骨上缘刺入，防止损伤肋间血管。

（4） 在穿刺或抽液过程中，严防空气进入胸膜腔。

（5） 抽液不宜过快，并随时观察患者：如发现头晕、面色苍白、出汗、心慌、胸部压迫感、连续咳嗽等现象，应立即停止抽液，拔出穿刺针，让患者取平卧或头低足高位。必要时皮下注射1:1000肾上腺素1毫升。

（6） 心力衰竭患者心脏扩大，不可在左侧胸部穿刺，最好在背部穿刺，但不要过深，防止刺破心脏。脾肿大的患者，左胸穿刺要慎重，以免刺破脾脏引起大出血。

腹膜腔穿刺术

1．目的：

（1） 抽出腹腔积液作诊断。

（2） 腹水过多须减轻腹压。

（3） 向腹膜腔内注射药物。

2．操作：

（1） 嘱患者排尿后，取左侧卧位或坐在靠背椅上。将宽带一条围在患者的上腹，在放水时逐渐拉紧，防止放水后骤然降低腹压，而发生虚脱（诊断性穿刺可免用腹带）。

（2） 确定腹内积液水平面后，可选择下列穿刺点。

① 脐与左髂前上棘间连一直线，将该线分三等分，于中外 $^1/_3$ 交点处进行穿刺（比较常用）。

② 脐与耻骨联合中点（液面以下）稍偏左或右1～1.5厘米。

（3） 穿刺者双手消毒与穿刺部位消毒（同胸腔穿刺术），用1%普鲁卡因作局部麻醉，深达腹膜。

（4） 用17～18号针头（连有橡胶管的注射器）直接由穿刺点徐徐刺入，觉抵抗感突然消失时，即表示进入腹腔。抽出100～200毫升腹水作化验检查，以鉴别漏出液还是渗出液（见表）。用较粗的腹腔穿刺针放腹水时，应徐徐刺入腹腔，不可刺入过猛或过深，以免损伤腹壁及大网膜血管。在放水过程中要逐渐拉紧腹带。放液不应超过3000～5000毫升。如无腹腔穿刺针时，可用较粗的针头连接橡胶管及注射器，进行抽吸放水。

（5） 抽完后拔出穿刺针，用力抵压局部，使

穿刺孔闭合，复无菌纱布，用胶布固定，缚紧腹带。大量放腹水后，应卧床休息8～12小时。

3．注意事项：

（1） 术前必须嘱患者排尿，以免刺破膀胱。

（2） 妊娠者禁忌穿刺。腹腔有粘连者要慎重。

（3） 大量放水时不宜过频，否则可因电解质及蛋白丢失太多，更会产生不利影响。

（4） 穿刺和放水过程中，随时观察病人，若有苍白、出汗、心慌、头晕和恶心时，应即停止放水。并扶患者平卧，必要时皮下注射1:1000肾上腺素1毫升。

（5） 腹水若为血色时，应停止放水。

（6） 穿刺点处有毛者，术前先剃毛，以免创口感染。



图16—13 腹膜腔穿刺时病人姿势

渗出液和漏出液的鉴别

	漏出液	渗出液
外观	清晰，浅黄色	混浊，色较深呈浆液性，浆液脓性、脓性、血性等
比重	一般小于1.018	一般大于1.018
凝固	不凝固	常易凝固
蛋白质含量	小于2.5～3克%，主要为白蛋白，少量球蛋白	大于2.5～3克%，包括白蛋白、球蛋白、纤维蛋白原，浆液粘蛋白
李氏试验	阴性	阳性
白细胞数	少于200个/立方毫米	多于200个/立方毫米
细胞分类	内皮细胞；少量淋巴细胞	大量淋巴细胞，见于慢性感染，如结核性感染；大量嗜中性白细胞，见于急性化脓性感染
细菌	无	多半有，但可能检查不出来

青霉素过敏試驗及过敏性休克的处理

青霉素制剂无论用于注射、口服和外用皆可能引起过敏反应。因此凡在七天（小儿三天）之内未用过青霉素制剂的病例，使用青霉素之前，皆须作过敏试验。但如已知有青霉素过敏史时则应禁作过敏试验并禁用青霉素。

试验的方法：

以每毫升含1万单位的青霉素溶液滴于前臂屈面中部，用消毒针尖在滴有青霉素液的皮肤上如种痘样划刺皮肤，以不出血为度，观察20分钟，若为阴性，再做皮内试验。但目前临床上多直接采用皮内试验方法，而皮肤划痕试验用的浓度看来比较大，因此仅转述此方法，供作参考。皮内试验是以每毫升含100单位之青霉素溶液0.1毫升，在前臂屈面中部作皮内注射，观察20分钟。

无论划痕或皮内注射，20分钟后试验部位有硬块或红晕超过1厘米直径大小，或局部红晕并有小水泡发生者，均为阳性反应。

试液配制方法：

1. 普鲁卡因青霉素，每瓶40万单位，加蒸馏

水2毫升（每毫升20万单位），抽取0.1毫升加蒸馏水至1毫升（每毫升2万单位），取其0.5毫升加蒸馏水至1毫升，供作皮肤划痕试验用，另取每毫升含2万单位之溶液0.1毫升加蒸馏水至1毫升（每毫升含2千单位），取0.1毫升再加水至2毫升，取其0.1毫升作皮内试验用。

2．青霉素G，每瓶20万单位，加蒸馏水2毫升（每毫升10万单位），取其0.1毫升加水至1毫升供作皮肤划痕试验用。另取其0.2毫升加蒸馏水至1毫升（每毫升含2万单位），再以其0.1毫升加蒸馏水至1毫升（每毫升含2千单位），取0.1毫升再加水至2毫升，取其0.1毫升作皮内试验用。

过敏反应的处理：

青霉素过敏反应有过敏性休克（立即发生胸闷、气急、不安、面色苍白、出冷汗、四肢厥冷、血压下降，严重者呼吸抑制甚至心跳停止），荨麻疹、血清病样反应（发热、腹痛、关节痛、淋巴结肿大等）三种。其中以过敏性休克最为严重，若不及时救治能导致病人迅速死亡。所以当遇到过敏性休克时，**“我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作。”**积极地及时地进行抢救处理，绝大多数的病人都是可以挽救的。

1．过敏性休克的处理：

（1）停用青霉素制剂。

（2）平卧或采用头低足高卧位，注意保暖。

（3）肌注肾上腺素1毫克（小儿用0.3毫克）或新福林10毫克。必要时20分钟后重复注射。针刺人中、十宣、灸百会。

（4）气急严重者可用氨茶碱0.25克（儿童用4毫克/公斤）加高渗葡萄糖20～40毫升静注。

（5）呼吸抑制的进行人工呼吸。

（6）心跳停止时用肾上腺素1毫克心腔内注射，并持续进行体外心脏按摩，直到心跳恢复。

（7）若有条件可给病人吸氧，以去甲肾上腺素1毫克加入葡萄糖液100毫升作静脉滴注，及先以可供静脉注射用的氢化可的松50～100毫克直接静脉注射，然后以氢化可的松100～200毫克加入葡萄糖500毫升作静脉滴注。

2．荨麻疹和血清病样反应的处理：

（1）口服异丙嗪12.5毫克，每日三次。

（2）静注10%葡萄糖酸钙10毫升加高渗葡萄糖20毫升。

（3）必要时服强的松10毫克，每日三次。

毛細血管脆性試驗

加压力于上臂部使静脉的回流不畅时，则毛细血管中的压力增加，经过一定时间后（15分钟）在

受压的远端一定部位的皮肤上即出现小出血点。正常人的出血点为数甚少，在直径2.5厘米的圆圈内少于10个。若超过15～20个，即为毛细血管脆性试验阳性，表示患者的毛细血管对压力的抵抗力减弱，故破裂而出血。

毛细血管脆性试验阳性可见于：

1. 血小板减少性紫癜；
2. 维生素丙缺乏；
3. 过敏性紫癜(亦可出现阴性)；
4. 毛细血管中毒性损害，如急性传染病（猩红热、伤寒和白喉等）、风湿病、尿毒症、酸中毒和砷中毒等。

方法：

1. 嘱患者脱掉一侧衣袖。
2. 在患者前臂的屈面接近肘窝处划一直径2.5厘米的圆圈，并仔细观察圆圈中有无出血点，如有，则须用钢笔圈记下。
3. 把血压计的橡皮袖带照一般测量血压的方法缚于患者的上臂，使袖带下缘距离上述圆圈上缘约4厘米。
4. 将上肢摆好，使检验部位和心脏在同一水平面上。打气入袖带，先量一下血压，然后使压力保持在收缩压和舒张压之间，维持15分钟。此时注意观察圆圈内的皮肤，若出血点太多，应即停止试验。
5. 取下橡皮袖带，嘱患者将上肢上举并稍作屈伸运动，休息5分钟后，计算圆圈内出血点的数目。必要时，用玻片轻压于皮肤上，观察出血点，则更为清晰。

附表：常用检验正常值

血　液

检验项目	正常值
血红蛋白量	12～15 克%（男） 10～13 克%（女）
红细胞数	450～550 万/立方毫米(男) 400～450 万/立方毫米(女)
白细胞数	5000～10000/立方毫米
白细胞分类:	
中性多核细胞	50～65%
淋巴细胞	20～30%
单核细胞	4～10%
嗜酸性多核细胞	0.5～2%
嗜硷性多核细胞	0～1%
血小板	15～30万/立方毫米（直接法）
红细胞沉降率	男15毫米以下/1小时 女20毫米以下/1小时（魏氏法）
出血时间	1～3分（杜克氏法）
凝血时间	4～12分（李氏法）
血块收缩时间	6～24小时(30～60分开始)

尿液

检验项目	正常值
蛋白	阴性
糖	阴性
比重	1.003～1.030

肝脏功能试验

检验项目	正常值
麝香草酚浊度试验	0～5 单位
硫酸锌浊度试验	2～8 单位 8～12 单位(可疑)
碘反应	(－) (±)可疑
黄疸指数	4～6 单位
谷氨酸草酰乙酸转氨酶(S.G.O.T)	4～40 单位 } 卡门氏法
谷氨酸丙酮酸转氨酶(S.G.P.T)	5～30 单位 } 卡门氏法

脑脊液

检查项目	正常值
性状	无色、透明
侧卧位压力	成人100～200毫米水柱（每分钟不超过40滴） 小儿 50～100
细胞总数	0～10个淋巴球/立方毫米
蛋白定性试验	阴性
总蛋白量	10～45毫克%
糖	50～85毫克%
氯化物	700～760毫克%

编后

为了坚决贯彻、执行毛主席“**备战、备荒、为人民**”的伟大战略方针和“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的光辉指示，巩固和发展合作医疗制度，根据我省广大“赤脚医生”的实际需要，编写了这本《赤脚医生手册》。

手册的编写工作，一直是在省卫生局、中国人民解放军沈字四四二部队、通化专区革命委员会、海龙县革命委员会的关怀和领导下进行的。

手册的编写过程中，自始至终都有“赤脚医生”参加讨论研究，根据他们的意见，进行删改、修订。前面“做无限忠于毛主席的‘赤脚医生’”，“正确认识疾病和治疗疾病”这两篇文章，就是“赤脚医生”写的。

手册的原稿是在通化专区革委会、海龙县革委会和沈字四四二部队连续举办的三期大队“赤脚医生”和外科医生学习班所试用教材的基础上，根据教学实践修改而成。在修改过程中，由中国人民

解放军第 206、207、221、46 等医院的军医、护士、卫生员和通化、浑江、海龙、辉南、磐石、东丰、柳河、集安各市、县、公社、大队的中医、临床医生、"赤脚医生"及通化卫校、医专的教师，进行了反复讨论，充实整理，最后定稿的。在编写过程中，省中医学院大力协助，吉林人民出版社做了大量的工作并给予了很多具体的帮助。

编写中，努力做到高举毛泽东思想伟大红旗，突出无产阶级政治，用毛主席的光辉哲学思想批判形而上学的观点，大破洋框框、洋教条。根据毛主席关于"预防为主"、中西医结合的重要指示，本着实用的原则，重点阐述了常见病、多发病的防治，并着重编入了用新医疗法、中草药、单方验方防治疾病的经验。但由于我们活学活用毛泽东思想不够，政治水平和实践经验有限，加之初次搞这项工作，时间仓促，书中的缺点、错误一定不少，我们殷切希望广大的"赤脚医生"和读者提出宝贵意见。

吉林省《赤脚医生手册》编写组

1970年4月10日

赤脚医生手册

吉林省《赤脚医生手册》编写组

*

吉林人民出版社出版

长春新华印刷厂印刷

吉林省新华书店发行

*

1970年6月第1版　1970年9月第2次印刷

书号：14091·26　定价：2.20元